252

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juin 1908, à 1 heure

Par **Alexandre P. ROBESCO**

Né à Rimniku-Sarat (Roumanie) le 15 janvier 1874

LA

MORTALITÉ INFANTILE

ESSAI CRITIQUE DES MOYENS EMPLOYÉS POUR LA COMBATTRE

Président : M. P. BAR, *professeur.*

Juges : MM. DE LAPERSONNE, *professeur.*
BALTHAZARD et BRINDEAU, *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON CHER ET REGRETTÉ MAÎTRE

Le Professeur BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par M. le professeur Budin. Il avait bien voulu nous éclairer de ses conseils et nous fournir les documents qui ont permis l'exécution de ce travail, que nous venions de commencer lorsque nous est parvenue la soudaine nouvelle de sa mort. Nous savions que le Maître était tombé malade à Marseille, au moment de faire une conférence ; mais nous ne pouvions prévoir qu'il était irrémédiablement perdu. On comprendra notre émotion et notre douleur devant ce triste événement.

Dans ce grand mouvement d'opinion qui se dessine de plus en plus, en faveur des œuvres d'assistance de la première enfance, notre maître, le professeur Budin, fut un initiateur. En créant la consultation de nourrissons, il nous a fourni à tous, praticiens de la ville ou de la campagne, le moyen pratique de combattre, d'une manière efficace, la mortalité infantile. C'est là, un des plus puissants moyens d'action, dont nous disposons à l'heure actuelle, pour diffuser les connaissances né-

cessaires et organiser d'une façon pratique et efficace cette lutte.

Aussi, dans ce travail consacré aux divers moyens employés pour combattre la mortalité infantile, la consultation des nourrissons tiendra la première place.

Sans faire œuvre nouvelle, nous osons dire que les pages qui suivent, celles surtout ayant trait aux consultations de nourrissons, ont été « vécues » avant d'être écrites, et nous n'y chercherons pas d'autre mérite.

Déjà intéressé au plus haut degré après la lecture des travaux de nos maîtres et des comptes rendus relatifs à la question, par cette partie si intéressante de la médecine qu'est la puériculture, c'est-à-dire l'art d'élever les enfants, il nous a été particulièrement utile d'assister pendant deux ans, dans le service de M. le profeseur agrégé Bonnaire à l'hôpital Lariboisière, d'abord, sous la haute direction du professeur Budin à la clinique Tarnier, ensuite, à une véritable leçon de choses; de suivre pas à pas le développement, la croissance des petits êtres que pour la plupart nous avions vus naître dans ces deux services.

Il nous a donc semblé intéressant d'étudier dans cette thèse, les divers moyens tentés pour combattre la mortalité infantile, et de chercher à apprécier ceux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats.

Aussi, après avoir étudié dans un premier chapitre, les principales causes de la mortalité infantile, nous étudierons successivement :

1° « Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait » en insistant surtout sur les moyens à employer

pour éviter certains inconvénients qu'on a reprochés à ces œuvres ; ainsi que, sur les résultats si remarquables qu'elles ont obtenus à Paris, dans les départements et à l'étranger ;

2° « Les œuvres d'assistance maternelle et infantile » en insistant surtout sur trois de ces institutions, particulièrement utiles : les Mutualités maternelles, les Refuges-ouvroirs pour femmes enceintes et les Crèches. Nous rechercherons ensuite, les moyens par lesquels on pourrait rendre plus efficace leur action ;

3° « L'enseignement et la vulgarisation de la puériculture », par les cours, conférences, écoles, etc.

4° « Les fraudes du lait et les lois qu'on devrait édicter pour sa surveillance et l'inspection des vacheries » ;

5° « Les lois d'assistance et de protection des enfants en bas âge » en indiquant les diverses modifications que les médecins inspecteurs demandent à être apportées à la loi Roussel ; ainsi que les lois qu'on devrait édicter pour protéger les femmes pauvres à la fin de leur grossesse et dans le premier mois après l'accouchement. Enfin, nous formulerons nos conclusions.

Il nous reste à remplir un devoir particulièrement agréable : celui de remercier les maîtres qui nous ont aidé de leur science et de leurs conseils pendant le cours de nos études médicales, ceux surtout qui nous ont appris à aimer notre art et à l'estimer par-dessus tout.

M. le Dr Lancereaux et M. le Dr Tuffier, qui furent nos premiers maîtres, ont d'abord droit à tous nos remerciements pour les excellents principes de médecine et

de chirurgie qu'ils nous ont donnés, et qui nous ont toujours guidé dans la suite de nos études.

Nous avons eu le bonheur d'être l'élève du professeur POTAIN. Il nous a montré comment il faut allier à une science parfaite une immense bonté, une immense douceur vis-à-vis des humbles ; nous n'oublierons jamais ni ses leçons si claires, ni ses conseils si bienveillants.

Nous avons suivi ensuite les belles leçons cliniques de M. le professeur FOURNIER, de M. le professeur DIEULAFOY, et de M. le professeur DÉJERINE, à qui nous sommes heureux d'exprimer toute notre gratitude.

M. le professeur agrégé BONNAIRE nous a appris l'art si difficile des accouchements. Nous lui devons beaucoup, pour ses leçons si claires, si remarquables, et pour toute la bienveillance qu'il nous a témoignée ; et lui gardons une grande reconnaissance.

La grande et belle figure médicale du professeur BUDIN restera à jamais pour nous l'objet d'une profonde vénération. Sous sa haute direction, nous avons appris à diriger l'allaitement des tout-petits, qui malheureusement est trop souvent si mal compris.

Nous sentons le grand honneur que nous a fait M. le professeur P. BAR, en acceptant la présidence de cette thèse. Nous lui adressons donc l'hommage de notre vive gratitude et le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

Le temps passé comme interne à l'Hôtel-Dieu de Laon, auprès de M. le Dr LEFEBVRE, restera pour nous parmi les meilleurs souvenirs de notre vie médicale. Nous rendons hommage à son savoir, à sa dignité profession-

nelle, à son extrême bonté et n'oublierons jamais les précieux conseils et les encouragements qu'il nous a prodigués.

Nous remercions aussi de tout cœur M. le Dr Devraigne et M. le Dr Planchon, qui ont bien voulu s'intéresser à notre travail et nous ont aidé de leurs précieux conseils.

Enfin, nous ne voulons pas quitter ce beau pays de France, sans exprimer toute notre admiration et toute notre gratitude, pour la noble et grande nation, qui accueille les étrangers avec une si généreuse hospitalité. Attirés ici par la juste renommée de l'école de Paris, par l'enseignement incomparable de ses savants professeurs, par la réputation universelle de ses grands cliniciens, nous retournons dans nos patries, en emportant un souvenir impérissable de notre séjour dans la capitale du monde civilisé, dans ce Paris sans rival, foyer des plus hautes illustrations, dont nous proclamons le mérite et la gloire.

Amis de la France, nous lutterons pour répandre son influence scientifique et pour lui maintenir sa prééminence morale entre tous les peuples, nous rappelant ce mot célèbre : « Tout homme a deux patries, la sienne d'abord, la France ensuite. »

CHAPITRE PREMIER

LA MORTALITÉ INFANTILE

La question de la mortalité infantile a pris ces dernières années une très grande importance. Médecins et hygiénistes, philanthropes ou hommes d'État s'en sont préoccupés à divers titres, et ont cherché la meilleure solution qu'il conviendrait d'apporter au problème. Le nombre des conférences et des discussions, des rapports et des ouvrages qui ont trait à la question, le nombre même des thèses publiées à la Faculté de médecine pourrait nous faire croire que tout est dit à ce sujet et nous faire considérer la question comme épuisée.

Il n'en est point et il n'en sera jamais ainsi.

Chacun a le droit, sinon le devoir, d'apporter sa pierre à l'édifice de la puériculture, qui se construit si péniblement, et qui est loin d'être parfait, puisque la mortalité infantile reste encore énorme et qu'elle est une des causes principales de la dépopulation, ce danger menaçant de beaucoup de sociétés modernes.

Les enfants meurent, les mères souffrent, la patr est en danger.

Nous n'hésitons pas, au début de cette thèse, à rappeler quelques vérités élémentaires, heureusement devenues des axiomes pour la grande majorité des médecins et des philanthropes, grâce à l'autorité, au talent et surtout à la persévérance de ceux qui les ont entrevues et démontrées, mais vérités qui « comme toutes les grandes idées humanitaires, sont toujours plus lentes à pénétrer dans l'esprit des peuples que les idées de destruction et de guerre ».

On a bien souvent écrit et répété que les statistiques ne prouvaient pas toujours grand'chose, qu'elles étaient la plupart du temps ce que leurs auteurs désiraient qu'elles fussent, c'est-à-dire un argument pour les besoins de leur cause, plutôt que l'expression exacte de la réalité.

Quoi qu'il en soit, il est des chiffres qu'on n'invente pas; il est des conclusions qui s'imposent à l'esprit même prévenu. Si la statistique aux nombres arides nous effraie parfois par les résultats qu'elle nous découvre, qu'elle nous fait toucher pour ainsi dire du doigt, elle peut aussi nous indiquer le remède à côté du mal, elle peut nous rassurer et nous encourager. Les mots (et à plus forte raison les chiffres) s'envolent, mais les écrits restent. La statistique a permis de constater « le péril national qu'est devenue la dépopulation en France », et nous croyons utile de transcrire ici quelques-uns de ces chiffres trop instructifs.

En 1890, il mourait 876.223 Français de tout âge, tan-

dis que 838.505 enfants seulement venaient au monde.

En 1900, le chiffre des naissances était de 827.297; celui des décès de 853.285. D'après la statistique parue au *Journal officiel* nous trouvons en 1905, 753.606 décès pour 826.712 naissances.

Sans poursuivre outre mesure cette sèche énumération, nous constatons que pour les deux années citées à titre d'exemple, l'excédent des décès l'emporte respectivement de 37.724 et de 25.988 unités sur le chiffre des naissances, et que pour l'année 1905, il lui est inférieur de 73.106 unités.

Si donc l'excédent des décès semble suivre une progression décroissante, nous nous hâterons de faire remarquer que le taux de la natalité a subi, toutes proportions égales d'ailleurs, une diminution plus forte encore pendant ces mêmes années, et qu'il ne cesse de décroître depuis 1901.

Il convient donc de dire qu'on ne naît pas davantage, mais qu'on meurt un peu moins. Et cette diminution de la mortalité, envisagée dans son ensemble, est le résultat évident des luttes organisées contre les morts dites évitables, contre celles dues par exemple à la tuberculose, à l'alcoolisme, à la syphilis, pour ne citer que les trois grands maux dont souffre le plus la société actuelle.

De toutes les ligues auxquelles nous faisons allusion et qui toutes s'efforcent d'arracher au trépas le plus grand nombre possible de victimes, la ligue contre la mortalité infantile, et plus particulièrement l'œuvre des consultations de nourrissons, peut à bon

droit être fière du concours efficace apporté à la solution de cet angoissant problème social de la dépopulation. Son champ d'action est un des plus vastes, puisqu'il existe « une catégorie, et non la moindre, dit M. le Dr Maygrier, de morts qui peuvent être évitées, qui sont le plus profondément attristantes : ce sont celles qui surviennent au début de la vie ».

D'après les statistiques de M. Bertillon, il meurt en France par année en moyenne 145.000 enfants de 0 à 1 an.

Et si l'on compare le nombre de décès au nombre des naissances, le rapport de M. Bertillon nous apprend que sur 1.000 naissances il y a eu, de 1888 à 1893, une moyenne de 169 décès d'enfants de 0 à 1 an, de 1894 à 1898, une moyenne de 161 décès d'enfants de 0 à 1 an, et de 1898 à 1902, une moyenne de 134, décès d'enfants de 0 à 1 an. Comme on le voit cette moyenne va en diminuant et cela à la suite des différentes mesures d'assistance qu'on a prises pour combattre la mortalité infantile.

MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph (1) ont établi que, pour les années 1892-1897, la mortalité moyenne des enfants de 0 à 1 an, comparée à la mortalité totale, a été de 166,2 pour 1.000. En l'année 1897, elle a été plus considérable encore, et dans certaines localités elle est devenue véritablement effrayante. C'est ainsi que, sur 1000 décès de tout âge, la mortalité des

1. Balestre et Giletta de Saint-Joseph. *Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.* Doin, 1901.

enfants de 0 à 1 an a été de 250 à Rouen, 294 à Lille, 342 à Dunkerque, 414 à Marcq-en-Barœul, 507 à Halluin, 507 à Saint-Pol-sur-Mer. La mortalité des enfants de 0 à 1 an a donc été, dans ces villes, égale au cinquième, au quart, au tiers et même à la moitié de la mortalité totale. Dans cette statistique mortuaire, le département du Nord occupe le premier rang, celui du Gers a l'heureux privilège de venir en dernier.

C'est comme on le voit aux premiers moments de la vie que l'individu est le plus menacé par la mort.

Voici les chiffres fournis par le ministère du Commerce relativement au mouvement de la population et relatés par M. Budin (1), qui donnent la proportion annuelle des décès par 1000 habitants de chaque groupe :

De 0 à 1	an	il en meurt	202
De 1 à 4	ans	—	20,8
De 5 à 9	ans	—	4,6
De 10 à 19	ans	—	4,2
De 20 à 29	ans	—	7,4
De 30 à 39	ans	—	8,8
De 40 à 49	ans	—	11,7
De 50 à 59	ans	—	19,2
De 60 à 69	ans	—	40,8
De 70 à 79	ans	—	96,7
De 80 à 89	ans	—	193,7
De 90 ans et au-dessus			260

1. Budin. *Manuel pratique d'allaitement.* Paris, 1907, p. 227.

Ainsi, 1000 enfants de 0 à 1 an produisent 202 décès, alors que 1000 adolescents de 10 à 19 ans n'en fournissent que 4, et que même 1000 vieillards de 70 à 79 ans n'en donnent que 96, soit la moitié moins.

Ces chiffres permettent singulièrement de comprendre cette remarque partout citée de Bergeron, paradoxale au premier abord : « Qu'un enfant qui vient de naître a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de 90 ans, et moins de chances de vivre une année qu'un octogénaire. »

Pourquoi en est-il ainsi ?

C'est que le vieillard instruit et façonné par l'expérience évite bien des maladies, or l'enfant ne le peut pas. Il présente à toutes les infections un terrain vierge, où elles se développent à la manière du feu sur les herbes sèches. L'aliment est souvent pour lui un poison : le lait altéré ou donné avec un biberon malpropre ou encore mal dosé, des soupes trop précoces, causent par la diarrhée le tiers des décès infantiles. Le reste est emporté par le froid et d'autres affections amenées par un mauvais régime.

Il est sûr, que la plupart de ces maladies sont évitables et ne se développent que par l'ignorance des mères ou nourrices, auxquelles appartiennent à discrétion, inconscients et inertes, les enfants.

Les causes de la mortalité infantile. — Pour faciliter leur description, nous les diviserons en deux catégories :

I. — *Les causes d'ordre général,* qui n'ont rien de

spécial à l'enfance, mais qui néanmoins les mettent dans un degré de résistance bien moindre.

II. — *Les causes spéciales.*

I. — Causes d'ordre général.

Ce sont : 1° l'âge des parents, 2° la consanguinité des parents, 3° l'hérédité, 4° la pauvreté, 5° l'illégitimité.

L'âge des parents. — Ni trop jeunes, ni trop vieux, tel est l'adage qu'il faut retenir et pratiquer. De 20 à 25 ans, pour les filles ; de 25 à 30 ans, pour les garçons : voilà l'âge qui donne les meilleurs et les plus beaux enfants.

Les mariages précoces, c'est-à-dire avant 20 ans pour les filles, sont préjudiciables à la natalité des enfants qui se trouve diminuée, et favorables à leur mortalité qui est augmentée. Les mariages tardifs produisent les mêmes résultats.

La consanguinité des parents. — Il est démontré par de nombreux faits que la consanguinité entraîne nombre de fois à sa suite ou des déformations physiques ou des dégénérescences psychiques et intellectuelles graves, et semble être la cause, presque unique, de la rapide destruction de certaines familles, où elle avait été pratiquée sur une vaste échelle.

L'hérédité. — Les maladies chroniques constitutionnelles, que l'on désigne encore sous le nom de diathésiques, sont presque fatalement héréditaires.

La tuberculose, qui, il y a quelques années, jouissait

de cette fâcheuse réputation, semble faire exception à cette règle, si toutefois elle n'est pas confirmée au moment de la procréation. La tuberculose, dit-on, est une maladie qui ne s'acquiert qu'après la naissance, et les enfants en seraient indemnes s'ils étaient mis à l'abri de la contagion.

Certaines maladies nerveuses, en tête desquelles il faut placer l'épilepsie et l'aliénation mentale, sont également comptées au nombre des maladies éminemment transmissibles par hérédité.

D'autres maladies chroniques, telles que le rhumatisme, la goutte, l'herpétisme, le sont également, mais l'enfant naît sain et viable : ce sera à lui plus tard de s'en préserver par une bonne diététique et une hygiène supérieure.

Mais deux autres causes, véritables fléaux de l'humanité, produisent la dégénérescence de l'espèce humaine. Ce sont *l'alcoolisme et la syphilis.*

L'alcoolisme est destructeur de l'individu, conduit presque fatalement à l'agénésie ou tout au moins à la procréation d'êtres tarés. Il est, par exemple, indéniable que l'état d'ivresse alcoolique chez l'homme au moment de la conception est fréquemment une cause d'épilepsie pour les enfants. Le fils d'alcoolique est emporté enfant par des convulsions ou des troubles nerveux, ou bien il reste idiot ou imbécile. Adulte, il est hébété, très susceptible, très impressionnable, névropathe, neurasthénique, hypocondriaque et presque toujours obsédé d'idées dépravantes.

L'hérédo-syphilis, c'est-à-dire la syphilis transmise

aux enfants par leur père ou leur mère, ou souvent par les deux, n'a plus de secrets pour le praticien, grâce surtout aux travaux de M. le professeur Fournier. Je dirai même qu'elle n'a guère de secrets pour les hommes du monde. Tout le monde sait qu'un syphilitique engendre, le plus souvent, des enfants syphilitiques qui ne viennent pas au monde vivants, ou qui ont grandes chances de mourir peu après leur naissance. On sait, en outre, que l'enfant né des parents syphilitiques risque d'être une source de contagion spécifique pour sa nourrice, quand ce n'est pas sa mère propre, ainsi que pour les autres personnes qui sont en contact direct avec lui. Syphilis, mariage, procréation, voilà trois termes qui, depuis bien des années, sont associés ensemble, et attirent les préoccupations des médecins. La conclusion qui s'impose, c'est que tout individu en puissance de syphilis ne doit point se marier ; du moins avant deux ans révolus, depuis l'apparition des derniers symptômes. S'il contracte la syphilis pendant le mariage, il ne doit point procréer des enfants, sous peine de voir le sort de ceux-ci fatalement compromis.

La pauvreté. — Que la pauvreté soit absolue, l'indigence ; qu'elle soit relative, la gêne provenant de la maladie, du chômage, de la grève, de l'abandon, du nombre considérable d'enfants, la situation est toujours digne du plus grand intérêt. L'alimentation est parfois insuffisante ou de mauvaise qualité ; le repos nécessaire pendant les derniers temps de la grossesse, la tranquillité de corps et d'esprit n'existent plus. Dès lors surviennent, d'une façon presque inévitable, des accou-

chements avant terme, des mort-nés en nombre considérable, ou bien des enfants débiles, à peine viables, quand les privations ne conduisent pas au crime : avortements, infanticides, suicides.

L'illégitimité. — Les enfants illégitimes succombent dans une proportion deux fois plus fortes que les enfants légitimes. Au dernier Congrès des gouttes de lait tenu à Bruxelles en 1907, les rapporteurs de tous les pays d'Europe ont vivement insisté sur cette cause de mortalité infantile.

II. — Causes spéciales.

Ce sont : 1° l'abandon des enfants par leur mère 2° les diverses maladies.

Abandon des enfants par leur mère. — Voilà la cause primordiale de l'excès de la mortalité infantile.

L'enfant est un être débile, incapable de se suffire à lui-même, ayant besoin d'une assistance spéciale et de tous les instants. Qui peut la lui donner complète, dévouée, incessante, si ce n'est sa mère qui lui est attachée par l'affection, plus encore que par le devoir?

L'abandon de l'enfant par sa mère est pratiqué à divers degrés.

Tantôt il est complet : tels les enfants trouvés, qui mourraient tous, si l'assistance publique ou la bienfaisance privée, ne venaient à leur secours.

Tantôt il est incomplet, en ce sens que la mère délègue son rôle à une personne étrangère ;

Ou bien elle garde son enfant chez elle, continue à le nourrir, mais en confie la surveillance à une garde : c'est le minimum d'abandon, presque inévitable dans les conditions ordinaires de la vie, et qui ne présente que de très légers désavantages ;

Ou bien, tout en le gardant chez elle, elle le fait nourrir par une autre femme, une nourrice mercenaire ; et la mère, confiante en la nourrice, ne s'en occupe que peu ou point. On comprend combien l'enfant est exposé à souffrir de ce demi-abandon ;

Ou bien, la mère ne garde plus l'enfant chez elle, elle l'envoie plus ou moins loin, le plus souvent à la campagne, en le confiant à une autre femme qui lui donnera le sein, et le soignera avec plus ou moins de dévouement : c'est l'envoi en nourrice ;

Ou bien enfin, la mère, pour des raisons diverses, remet son enfant à l'assistance publique, plus ou moins bien organisée suivant les lieux, et qui en devient dès lors responsable : tels les enfants abandonnés.

Si les enfants gardés à domicile et nourris par leur mère meurent très peu, ceux qui sont allaités par une nourrice mercenaire meurent davantage, plus encore ceux qui sont envoyés en nourrice à distance, plus encore les enfants abandonnés par leurs mères qui vont servir de nourrice sur lieu, et peut-être plus encore ceux qui sont abandonnés à l'assistance publique.

Maladies. — Quand il est surveillé et nourri par sa mère, le nouveau-né se trouve dans les meilleures conditions pour survivre. Mais, même dans ce cas et à plus

forte raison dans la situation contraire, il n'en est pas moins guetté par la maladie. A cet âge les maladies sont peu nombreuses ; elles sont évitables : il importe de les connaître pour les prévenir.

MM. Balestre et Gilleta de Saint-Joseph, dans l'ouvrage cité plus haut, ont relevé les causes de la mortalité des enfants de 0 à 1 an pour toutes les villes de la France. Ces causes étaient les suivantes :

Diarrhée. . . .	385	pour 1.000 décès de 0 à 1 an.	
Faiblesse congénitale.	170	—	—
Affections pulmonaires. . . .	147	—	—
Maladies contagieuses . . .	50	—	—
Tuberculose . .	25	—	—
Divers	223	—	—

LA DIARRHÉE

est donc la cause la plus importante, et amène la mort de 385 enfants sur 1.000 qui succombent. Et non seulement elle est la cause des morts indiquées par ces chiffres, mais encore la cause indirecte de beaucoup d'autres ; car les enfants affaiblis par des troubles digestifs offrent moins de résistance aux diverses maladies qui peuvent les atteindre et ils sont beaucoup plus facilement emportés par elles.

C'est ce qui a fait dire, que ces troubles amenaient directement ou indirectement le décès de la moitié des enfants.

M. Monod (1) relate que sur 13.500 enfants assistés morts en 1898, 5.301 ont succombé à la gastro-entérite et parmi ceux-ci 5.048, c'est-à-dire presque tous, pendant la première année ; or 883 n'avaient pas dépassé le premier mois de leur existence. Les risques de mort dit M. Monod, sont très élevés du dixième au trentième jour. Pendant cette période, la fréquence des décès dus à la diarrhée infantile est quatre fois plus forte que la moyenne, déjà si considérable de la première année.

Pour les enfants d'un âge déterminé et du même milieu social la mortalité, par diarrhée, diminue ou augmente sous l'influence de deux facteurs principaux : 1° la température ; 2° le mode d'alimentation.

1° *La température.* — D'après MM. Balestre et Giletta pour la population urbaine de France, la mortalité en janvier, février, mars et avril est de 200 et 250 pour 1000 ; en juillet et août elle atteint et même dépasse 600 pour 1000 ; enfin on la voit s'abaisser en octobre, novembre et décembre en même temps que la température.

A Paris, en 1898, sur 1.000 décès de 0 à 1 an, la diarrhée a causé 20 à 30 décès par semaine en janvier. Pendant la trente-troisième semaine qui correspondait au milieu du mois d'août, plus de 250 enfants alimentés artificiellement et 20 allaités au sein ont succombé.

La température agit en causant une suralimentation

1. Monod. *Rapport sur les enfants assistés en 1898*, p. XXI.

relative, due à la diminution des dépenses de l'organisme sous l'influence de la chaleur ambiante. Les chaleurs d'été agissent donc en produisant la suralimentation ; elles agissent encore dans le cas d'allaitement artificiel, en favorisant d'une façon singulière la pullulation des micro-organismes dans le lait.

2° *Le mode d'alimentation.* — Dans le rapport de M. Monod pour 1898 on peut relever les chiffres suivants : Sur 43.083 enfants nourris artificiellement, il en est mort 8.314 dont 3.937 de diarrhée, tandis que sur 36.644 enfants nourris au sein, il n'en est mort que 3.888 dont 1.089 de diarrhée. C'est-à-dire que si la mortalité par gastro-entérite est de 47 0/0 parmi les enfants allaités artificiellement, elle n'est que de 23 0/0 chez ceux allaités au sein.

M. Variot, à la conférence qu'il fit à la Sorbonne sur l'allaitement artificiel, a donné des chiffres proportionnellement identiques.

« En 1900, dit-il, il est mort environ 7.000 enfants de 0 à 1 an sur les 39.000 élèves dans l'enceinte de Paris ; sur ces 7.000 décès, 2.500 sont dus à la gastro-entérite. Sur ces 2.500 enfants morts par gastro-entérite, 500 étaient nourris au sein, tandis que les 2.000 autres étaient élevés artificiellement au biberon. »

L'allaitement artificiel agit en ce qu'il consiste à donner aux enfants un lait qui n'est ni chimiquement, ni biologiquement identique à celui que la nature leur destinait ; un lait souvent impur, falsifié, infecté et surtout parce qu'il entraîne la suralimentation qui crée le terrain sur lequel les microbes exogènes apportés

par le lait, ou saprogènes de l'intestin, vont pulluler et amener la gastro-entérite.

Bien que l'allaitement artificiel doive surtout être incriminé et que la diarrhée fasse les victimes les plus nombreuses parmi les enfants qui sont élevés de cette façon, ceux qui sont nourris au sein n'en sont pas exempts. Nous voyons d'après le rapport de M. Monod, que la mortalité par gastro-entérite chez les enfants nourris au sein est encore de 28 0/0.

C'est que rien n'est commun comme les fautes commises dans l'alimentation des nourrissons. On les nourrit trop et irrégulièrement. La mortalité par diarrhée chez les enfants nourris au sein est due à des fautes répétées. Des tétées mal réglées, trop fréquentes, trop copieuses, amènent des indigestions d'abord, puis de la gastro-entérite.

LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE

cause d'après les statistiques de M. Balestre et Giletta 170 décès sur 1000 morts d'enfants. Il est évident que ces enfants infiniment plus fragiles que les autres, ont un taux de mortalité plus considérable.

Toutefois, ces morts sont en partie imputables aux nombreuses fautes d'hygiène, et si les enfants nés prématurément ou en état de débilité congénitale étaient rigoureusement surveillés, ils s'élèveraient en grand nombre. Trois causes de mort guettent en effet le débile, qui par son imperfection physique, est une proie

facile : le refroidissement, une alimentation mal dirigée, et les maladies contagieuses. L'alimentation des enfants nés prématurément ou en état de faiblesse congénitale, offre des difficultés principalement pendant la période qui les sépare du poids des enfants nés à terme (3.000 à 3.250 grammes). Il s'agit en général d'enfants dont les organes sont incomplètement développés, la respiration faible, le tube digestif insuffisant, la température au-dessous de 37°, et chez lesquels le moindre écart d'hygiène peut entraîner des conséquences graves. Le débile doit être nourri au sein, car il ne peut supporter un lait animal dont la composition diffère de celui de la femme. Plusieurs difficultés peuvent surgir. Tout d'abord, il peut ne pas avoir la force de téter, et le lait de la mère ne monte pas dans les seins ; ou bien, il peut téter, mais pas assez activement pour exciter la glande et la mère voit disparaître son lait ; ou bien enfin il tette suffisamment mais digère mal par insuffisance de sucs digestifs. Ce sont là autant de difficultés qui entravent l'allaitement, le rendent pénible et font que bien des femmes, rebutées, abandonnent l'allaitement au sein pour recourir à l'allaitement artificiel. C'est dans ces cas surtout que la nécessité d'une direction médicale se fait impérieusement sentir.

La tuberculose, les maladies contagieuses et les affections pulmonaires qui causent, la première 25, les secondes 50 et les troisièmes 147 décès pour 1.000 morts d'enfants de 0 à 1 an sont parfaitement évitables. En effet, l'hérédité ne survient que dans des cas très rares dans la tuberculose. Si les enfants l'ont

c'est qu'ils la contractent par contagion en vivant avec leurs parents malades, ou dans le cas d'allaitement artificiel, lorsqu'ils prennent du lait de vache tuberculeuse. Par l'isolement et la vaccination on évitera les maladies contagieuses : variole, rougeole, diphtérie, etc.

Quant aux affections pulmonaires plus fréquemment mortelles pendant les mois d'hiver; elles sont dues au refroidissement de la température, aux imprudences commises à ce moment. Elles ont donc une origine qu'il sera facile d'annihiler par l'observation des bonnes règles de l'hygiène générale.

En résumé, si la mortalité des enfants de 0 à 1 an est tellement considérable qu'elle dépasse de beaucoup la mortalité moyenne de tous les autres âges de la vie, même celle des nonagénaires, la cause en est :

1° Dans l'abandon plus ou moins complet des enfants par leur mère, et surtout dans le remplacement de l'allaitement naturel par l'allaitement artificiel ;

2° Dans l'inobservation, par négligence ou par ignorance, des règles de l'hygiène générale, et principalement des règles de l'alimentation, inobservation qui entraîne le développement de certaines maladies, la diarrhée surtout.

En se plaçant à ce point de vue, on reconnaît facilement que ces causes ne sont pas inéluctables, mais qu'elles sont évitables.

Le but à atteindre pour diminuer la mortalité infantile est donc avant tout, d'apprendre aux femmes leur rôle d'éleveuses d'enfants, c'est-à-dire les règles de l'hygiène alimentaire du nouveau-né.

C'est là le but poursuivi par les consultations de nourrissons, admirable création du professeur Budin ; « véritables écoles des mères » suivant l'expression juste du Dr H. de Rothschild. C'est en fréquentant ces consultations, que l'on se rend compte des fautes commises par des mères ignorantes. On comprend alors que l'allaitement maternel n'est pas aussi simple et facile que d'aucuns le prétendent, et que la mère, animée des meilleures intentions, ne peut suppléer au savoir qui lui manque.

Pour les mères de demain, il serait à souhaiter qu'elles apprissent non seulement à lire, à écrire et à compter, mais aussi la manière d'élever un enfant. Il faudrait qu'une place réelle soit accordée à l'hygiène dans les programmes de l'enseignement, et qu'à partir de quatorze ans, toutes les fillettes, sans distinction de classe ni de rangs, connussent les grands principes de l'hygiène infantile au même titre qu'elles savent les rudiments de l'histoire ou de la géographie. Instruites, ces jeunes filles comprendront la grandeur et la difficulté de leur tâche future ; devenues mères, elles seront moins empressées à confier leurs enfants à des mains mercenaires, et nourrissant elles-mêmes leurs enfants, elles ne commettront plus les lourdes fautes qui sèment la mort chez les enfants du premier âge.

CHAPITRE II

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS ET GOUTTES DE LAIT

I. — Historique.

Lorsque le professeur Budin dirigeait le service d'accouchement de l'hôpital de la Charité, il demandait aux mères, revenues dans son service pour un nouvel accouchement, des nouvelles de l'enfant qu'il avait mis antérieurement au monde, et très souvent elles lui répondaient : il est mort. D'autres fois, les mères qui, quelques jours auparavant, avaient quitté son service avec leurs bébés au sein et bien portants, les lui ramenaient très malades.

Que s'était-il donc passé ?

Toutes sortes de fautes avaient été commises. L'enfant nouveau-né, petit être fragile et délicat, livré aux soins d'une mère ignorante, imbue de préjugés anciens, avait été rapidement malade. A cette époque, c'est-à-dire avant 1892, il y avait pour les nourrissons une période, celle qui précède le moment où ils peuvent entrer dans un service dirigé par un médecin, période

pendant laquelle ils n'étaient ni vus, ni examinés par personne. Aussi, M. Budin, estimant cette direction maternelle insuffisante, demanda-t-il à M. Peyron, alors directeur de l'Assistance publique à Paris, de bien vouloir l'autoriser à faire revenir à l'hôpital, à la Charité, une fois par semaine, les enfants nés dans son service, afin de les examiner, de les peser, de conseiller les mères et de les guider dans l'élevage de leurs enfants.

L'administration de l'assistance publique voulut bien entrer dans les vues du professeur Budin, et en juin 1892 la première consultation de nourrissons était fondée et fonctionnait à la Charité.

Les résultats furent remarquables, et ne se sont pas démentis depuis ; ils devinrent au contraire de plus en plus favorables, à mesure que les mères s'éduquaient et comprenaient mieux les immenses avantages que tiraient leurs enfants des conseils qu'on leur donnait. Successivement, en 1895 et 1898, le professeur Budin créait les consultations de la Maternité et de la clinique Tarnier.

Deux ans plus tard, en 1894, le Dr Dufour qui ignorait les tentatives de M. Budin, organise à Fécamp une institution à laquelle il a donné le nom imagé et suggestif de goutte de lait. Son but était de lutter contre l'excessive mortalité des enfants de la ville de Fécamp, élevés presque tous artificiellement, surtout dans la classe pauvre. Pour soustraire les enfants à ces fléaux effrayants (les troubles gastro-intestinaux dus à l'alimentation artificielle mauvaise) « il faut, disait le Dr Dufour, leur donner du bon lait et le leur faire prendre d'une façon

convenable. L'idéal est évidemment l'allaitement maternel bien compris, mais il ne faut pas perdre de vue que malheureusement il y a plus de mères que de nourrices et force est bien d'arriver à l'allaitement artificiel dans nombre de cas. Le mal étant inévitable, il faut le rendre aussi inoffensif que possible ». Cette œuvre n'a été entreprise que faute de mieux et on ne cesse de répéter aux intéressées qu'une mère de famille ne doit jamais pouvoir se reprocher de ne pas avoir tout fait pour allaiter son enfant.

Au premier congrès des Gouttes de lait (1905) la presque totalité des membres ont voté la définition suivante :

1° La goutte de lait donne des conseils aux mères ;

2° Elle encourage l'allaitement maternel ;

3° Elle distribue du lait quand le sein fait défaut ou est insuffisant. Ce sont absolument : les trois principales idées qui avaient dirigé M. Budin dans la création des consultations de nourrissons en 1892. A partir du jour où commencèrent à fonctionner la consultation de la Charité à Paris d'une part, l'œuvre de Fécamp de l'autre, consultation de nourrissons et gouttes de lait se fondèrent de tous les côtés à Paris, en province et à l'étranger.

II. — But.

Le but des consultations de nourrissons est de surveiller médicalement le développement des enfants du premier âge et de donner à la mère où à la nourrice

des conseils tels qu'elle puisse maintenir ou ramener à l'état normal son nourrisson.

Pour cela :

1° On examine et pèse régulièrement les enfants pour se rendre compte de leur accroissement ;

2° On fixe leur ration alimentaire ;

3° On règle les tétées ;

4° On surveille l'allaitement au sein, qu'on doit toujours encourager ;

5° On intervient en cas d'accidents qui pourraient se produire même dans l'allaitement au sein ;

6° En cas d'insuffisance de lait, on institue et règle l'allaitement mixte ;

7° En cas d'allaitement purement artificiel on en atténue les mauvais effets, en le réglant, en le surveillant et en distribuant du lait bon et stérilisé.

8° On surveille l'enfant au moment de la dentition ;

9° On règle le sevrage ;

10° On surveille l'alimentation de la deuxième année.

Et, pour mieux nous rendre compte de l'utilité des consultations de nourrissons, nous allons étudier chacun de ces dix points en particulier.

1) *L'accroissement des nourrissons.* — Le meilleur critérium de la bonne santé d'un enfant, c'est son accroissement régulier. Et pour avoir sur cet accroissement des renseignements objectifs toujours comparables entre eux, il faut mensurer et peser l'enfant. Comme l'a dit M. Jonnard, dans sa remarquable préface du livre de M. Budin (*Le nourrisson*), la balance doit faire partie intégrante du matériel d'une nourrice.

L'enfant, qui aussitôt après sa naissance a diminué de poids, regagne en sept jours environ ce qu'il a perdu, puis il s'accroît de telle façon que, s'il pèse 3.250 grammes en venant au monde, il arrive à :

peser	4.000	grammes à la fin du	premier mois
—	4.700	— —	2e —
—	5.350	— —	3e —
—	5.950	— —	4e —
—	6.500	— —	5e —
—	7.000	— —	6e —
—	7.450	— —	7e —
—	7.850	— —	8e —
—	8.200	— —	9e —
—	8.500	— —	10e —
—	8.750	— —	11e —
—	9.000	— —	12e —

Cet accroissement ne se fait pas toujours de la même manière, rapide au début, de 30 grammes par jour pendant les deux premiers mois, de 25 grammes le troisième et quatrième mois, il devient moins considérable au fur et mesure que l'enfant avance en âge ; il n'est plus que de 20 grammes au cinquième et sixième mois, de 15 grammes par jour au septième et huitième mois, de 10 grammes les quatre derniers mois de l'année.

Ces chiffres sont les moyennes dont devra se rapprocher le graphique d'accroissement de tout nourrisson.

La pesée hebdomadaire n'est du reste pas le seul

guide que devra suivre le médecin. Un enfant qui augmente de poids mais qui vomit, qui a des troubles dyspeptiques n'en est pas moins malade.

L'accroissement du poids est un moyen d'appréciation qui n'a de valeur qu'accompagné de symptômes parallèles. Le médecin devra donc examiner chaque enfant, considérer son état général, son facies; il devra jamais manquer de s'inquiéter de l'état des selles qui devront être normales en volume, consistance et couleur.

Si chaque semaine un enfant est ainsi surveillé, il est impossible qu'un trouble de développement passe inaperçu ; et les malaises sont traités aussitôt éclos bien avant qu'ils deviennent véritablement maladies. Tout besoin de l'enfant est immédiatement perçu et son alimentation modifiée en conséquence.

2) *La ration alimentaire des nourrissons* ne doit pas être fixée à l'aveugle ; elle doit être établie sur des bases scientifiques. Beaucoup trop de mères se fondent pour nourrir leur enfant, sur l'appétit qu'il manifeste, sans songer qu'il y a des enfants gourmands qui boiraient continuellement, des enfants dyspeptiques qui boivent parce qu'ils ont soif et non parce qu'ils ont faim, et que d'autre part il y a des enfants paresseux qui tettent peu et s'endorment en tétant. Une pareille base d'alimentation ne peut donc mener qu'à des désastres Aussi faut-il se fonder sur d'autres données.

Le véritable critérium, c'est de tâcher de subordonner la ration alimentaire aux dépenses de l'organisme. Or, chez l'enfant sain, la ration alimentaire répond à deux besoins : à l'entretien de l'organisme et de la

chaleur animale d'une part, à l'accroissement du corps d'autre part. La ration de l'accroissement exige, d'après les travaux du professeur Maurel (de Toulouse), 10 calories par kilogramme d'enfant ; celle de l'entretien de l'organisme, 65 calories par kilogramme d'enfant. Total : 75 calories par kilogramme d'enfant. Or 100 grammes de lait de femme assurent au nourrisson 75 calories, c'est-à-dire à peu près la quantité des calories nécessaires par kilogramme de poids. Cette dose de 100 grammes de lait par kilogramme d'enfant est une dose moyenne pour une température de 15° ; c'est le chiffre autour duquel le médecin devra tâtonner, se tenant toujours au-dessous plutôt qu'au-dessus. Certains facteurs peuvent faire augmenter la ration des nouveau-nés. Les débiles, les enfants pesant moins de 3.000 grammes, les enfants maigres perdant proportionnellement plus de chaleur ont besoin d'une ration plus forte. Au contraire les enfants plus âgés, les gros enfants, les enfants gras auront pour la raison inverse leur ration diminuée. L'été la ration doit être diminuée d'un sixième, l'hiver elle doit être augmentée de la même quantité.

3) *Les tétées* doivent être réglées, comme nombre, comme heure, comme durée. Il faut mettre un intervalle au moins de deux heures et demie entre les repas, ne pas dépasser à chaque tétée 70 grammes et atteindre dans les vingt-quatre heures, environ 100 grammes de lait par kilogramme d'enfant, soit environ 350 grammes pour un nourrisson de 3 kgr. 500 grammes. Les heures de tétées doivent être choisies de telle façon, qu'elles tiennent compte du bien-être des nourrissons

et des obligations de la vie pour la mère, celle-ci devant à la fois nourrir et vaquer autant que possible à ses autres occupations. La tétée doit durer le moins longtemps possible. Il est mauvais que l'enfant s'amuse au sein et encore plus mauvais qu'il y revienne plusieurs fois. Il faut autant que possible habituer les enfants à téter sans s'arrêter.

4) *Les consultations de nourrissons doivent être avant tout, des centres d'allaitement maternel bien conduit.* — « L'enfant a droit au sein de sa mère » a dit M. le professeur Pinard. Ce droit naturel, indéniable, comporte avec lui des devoirs en tête desquels il faut inscrire celui-ci : « La mère a le devoir d'allaiter son enfant. » L'allaitement maternel est le seul qui convienne absolument aux besoins de l'enfant, tant par les qualités intrinsèques du lait de femme que par les modifications parallèles de l'organisme du nourrisson. C'est le seul qui, au point de vue de l'enfant, donne des résultats véritablement heureux ; les autres modes d'allaitement étant suivis de résultats plus ou moins déplorables, ainsi que le démontrent les stastistiques déjà mentionnées. L'allaitement au sein doit être d'autant plus recommandé que la plupart des femmes peuvent nourrir leur enfant. Le Dr Dunème (1) a établi dans sa thèse que les neuf dixièmes des femmes qui ne nourrissent pas au sein, n'en ont aucun motif sérieux. Partout dans les consultations de nourrissons, la proportion des enfants éle-

1. Dunème. Durée de l'allaitement exclusif au sein. *Thèse de Paris*, 1902.

vés au sein a augmenté. Car à force de persévérance, les médecins arrivent à persuader aux femmes qui donnent le biberon que le sein est bien supérieur, et ils font de celles-ci pour les grossesses futures des adeptes de l'allaitement maternel.

Mais pour être le plus parfait, l'allaitement maternel n'offre cependant pas une sécurité absolue. Non dirigé, il est susceptible de provoquer des accidents de gravité variable chez le nourrisson.

Le rapport de M. Monod sur les enfants assistés en 1898 établit que les enfants nourris au sein meurent de gastro-entérite dans la proportion de 28 0/0. Si nous comparons cette statistique à celle des enfants nourris au sein, mais surveillés, nous verrons que la mortalité par gastro-entérite chez ces derniers est infiniment moindre pour ne pas dire nulle. En effet à la clinique Tarnier, depuis mars 1898, sur 712 enfants ayant suivi cette consultation, 26 seulement ont succombé et un seul de ces 26 décès fut la conséquence d'accidents digestifs.

5) *Les accidents de l'allaitement au sein* sont généralement dus à la suralimentation, à l'insuffisance de la sécrétion lactée, à une composition chimique défectueuse du lait, et se traduisent par des régurgitations, des vomissements, de la diarrhée, des manifestations cutanées. Non surveillés, ces enfants s'acheminent vers la gastro-entérite chronique, vers l'athrepsie.

Au contraire, lorsque l'allaitement est surveillé, ces troubles gastro-intestinaux n'ont pas le temps de dégénérer, de s'aggraver et il s'agit, non plus d'accidents

mais d'incidents qu'un traitement rapidement institué, une hygiène mieux comprise font bientôt disparaître.

Les accidents les plus ordinaires sont ceux déterminés par la *suralimentation*, laquelle existe du fait qu'il y a disproportion entre la quantité de lait prise par l'enfant et la capacité des organes digestifs ; d'où surcharge alimentaire qui enchaîne à sa suite la dilatation de l'estomac. A cela se joint très souvent une stagnation fécale déterminant des fermentations anormales dans l'intestin. Celles-ci donnent naissance à des poisons qui produisent à leur tour des accidents toxi-infectieux : vomissements, diarrhée, eczéma, muguet, anorexie.

L'eczéma (1) se rencontre, en effet, surtout chez les enfants nourris au sein et suralimentés. Lorsque l'allaitement est surveillé, ces troubles gastro-intestinaux n'ont pas le temps de dégénérer, de s'aggraver. Le médecin règle le nombre et la durée des tétées ; si besoin est, il institue la diète hydrique et les lavages intestinaux.

Il y a des enfants qui prennent au sein des quantités de lait tout à fait insuffisantes et qui risquent de tomber malades si l'on n'y met bon ordre. Il peut arriver, en effet, que les mères n'aient pas tout à fait assez de lait pour nourrir seules exclusivement surtout pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement.

Le Dr Roger Mesnil (2) a particulièrement insisté sur

1. Quillier. L'eczéma des nourrissons. *Thèse de Paris*, 1905.

2. Roger Mesnil. Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant. *Thèse de Paris*, 1903.

ce point dans sa thèse et a montré chiffres en main que 86 0 0 des femmes peuvent nourrir dès les premiers jours de l'accouchement, que 9 0 0 ont besoin d'être secondées par une nourrice et qu'enfin 4 0 0 sont dans l'absolue impossibilité de le faire. Normalement la montée laiteuse se produit le troisième et le quatrième jour après l'accouchement. Mais la sécrétion lactée tarde parfois à s'établir. Dans ce cas l'enfant doit être mis au sein, cas stimulé par la faim, il exercera une succion énergique qui aidera puissamment à la montée laiteuse. Puis, on complétera les tétées par du lait stérilisé, dont on diminuera la quantité au fur et à mesure que la quantité de lait fournie par la mère augmentera. Cette insuffisance passagère peut se produire aussi au cours de l'allaitement et être le fait d'émotions morales, maladie, ou pendant les quelques jours qui précèdent, accompagnent et suivent l'époque cataméniale, lorsque les règles s'établissent chez la femme qui allaite. Beaucoup plus grave est l'insuffisance définitive qui peut tenir à des causes diverses. Reconnue, elle détermine souvent des accidents, car pour y remédier les mères nourrices font un emploi immodéré de lait de vache. C'est alors l'allaitement mixte pratiqué sans aucune méthode, ou l'allaitement artificiel avec tous ses aléas. Si cette insuffisance n'est point diagnostiquée, l'enfant insuffisamment alimenté, n'augmente plus, puis il diminue, dépérit d'une façon telle qu'il peut mourir véritablement de faim, sans que sa mère seulement s'en doute. La surveillance médicale permet de dépister l'insuffisance, d'instituer l'allaitement mixte

avec méthode et sauve l'enfant des dangers de l'allaitement artificiel.

Les modifications survenues dans la composition chimique normale du lait produisent aussi quelquefois des accidents dans l'allaitement au sein. Elles sont presque toujours liées à l'excès ou à la pauvreté du beurre. On prescrit à la mère un régime approprié et évite ainsi les accidents digestifs à l'enfant. L'alimentation influe d'une façon très nette sur la composition du lait de la nourrice. De même, l'abus de la bière, du café, du vin, des liqueurs fortes, de l'alcool modifient le lait et peuvent déterminer des accidents chez le nourrisson dont les plus fréquents sont : les troubles digestifs, l'eczéma et les convulsions dans les cas d'alcoolisme.

Les émotions violentes, la menstruation, les maladies chroniques, surtout la tuberculose, changent la composition du lait. La surveillance médicale exercée par les consultations de nourrissons en permettant de découvrir chez la nourrice une tuberculose pulmonaire au début, rendent de très grands services, car on institue à temps le sevrage progressivement rapide qui concilie à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. Il en est de même lorsque la mère au cours de l'allaitement présente les symptômes d'une maladie grave, et qu'allaiter soit pour elle ou pour le nourrisson un danger.

La grossesse ne modifie pas beaucoup la qualité du lait. Le Dr Poirier, qui a bien étudié cette question, déduit de ses observations que dans 72 0/0 des cas,

l'allaitement par une femme enceinte n'a déterminé aucun trouble chez les nourrissons, que dans 8 0/0 il n'a pu tirer aucune conclusion rigoureuse et qu'enfin dans 20 cas 0/0, les enfants ont éprouvé des accidents. Là encore, il appartient au médecin, de juger d'après la courbe du poids, de la conduite à tenir. La question que le médecin doit se poser est de déterminer si la jeune mère jouit d'une santé assez robuste pour supporter simultanément cette double cause de fatigue : la grossesse et l'allaitement. Sa préoccupation doit être d'empêcher un sevrage prématuré ou brusque, un allaitement artificiel mal compris.

6) *L'allaitement mixte* est un mode d'alimentation très précieux, en cas d'insuffisance de lait, en cas d'empêchement pour la mère de donner une ou deux tétées aux heures précises. Ses indications du reste en sont fréquentes, car dans un tiers des cas la sécrétion lactée devient insuffisante du quatrième au sixième mois. Enfin, c'est à l'aide de l'allaitement mixte, qu'on peut amener le plus grand nombre de femmes à nourrir elles-mêmes leurs enfants, l'allaitement mixte leur permettant de vaquer à leurs occupations. La consultation de nourrissons rend d'énormes services dans ce mode d'allaitement, le médecin indiquant la quantité nettement déterminée de lait stérilisé à prendre en plus de la quantité de lait maternel, et même dans certains cas en leur distribuant du lait stérilisé de bonne qualité.

7) *L'allaitement artificiel* n'est qu'un pis aller auquel il ne faut consentir qu'à la dernière extrémité. Le rôle du médecin sera dans ce cas d'en atténuer les mauvais

effets. L'allaitement artificiel sera réglé d'une façon encore plus rigoureuse que l'allaitement au sein.

Le lait destiné à l'alimentation des enfants doit être non seulement indemne de toute falsification, mais encore stérilisé. Il est de plus nécessaire d'en délivrer aux mères pauvres gratuitement ou à prix réduit; c'est ce qu'ont réalisé dans une certaine mesure d'une part les consultations de nourrissons et les gouttes de lait, et d'autre part à Paris du moins, l'œuvre philanthropique du lait fondée en 1898 et due à l'initiative du Dr H. de Rothschild.

En ce qui concerne les falsifications du lait, dont les deux principales sont l'écrémage et le mouillage, il est à espérer qu'elles se feront de plus en plus rares, grâce d'une part à la surveillance sérieuse dont on entoure la vente de ce précieux aliment, et de l'autre au perfectionnement des procédés d'analyse qui permettent de les découvrir.

Quoi qu'il en soit, alors même que le lait n'a subi dans sa composition aucune altération, il renferme toujours des micro-organismes. Aussi la consommation du lait cru ne saurait être recommandée pour les nourrissons. La stérilisation seule en assure la parfaite innocuité. La stérilisation devra avoir lieu sur place, là où le lait est produit, s'il doit être consommé loin. Il ne pourra être stérilisé à domicile, sur le lieu de consommation que dans le cas où il arrive à ce lieu, très peu de temps après la traite. Le lait stérilisé industriellement est indiqué dans les grands centres, c'est le lait employé à Paris, dans les dispensaires de MM. Comby,

Dubrisay, H. de Rothschild. Dans ce procédé, le lait est stérilisé par les producteurs dans des étuves portées à 115°. Grâce aux perfectionnements dont la méthode a été l'objet, l'altération du goût du lait et les modifications de ses éléments constitutifs ont été très réduites. Ce procédé serait parfait si l'on était toujours sûr que la stérilisation a été bien faite; si l'on était sûr aussi du jour où elle a été faite, car le lait stérilisé industriellement, ne peut se conserver sans inconvénients plus d'une semaine. De tous les procédés de stérilisation à domicile, celui qui nous paraît le meilleur, c'est le traitement du lait par les appareils de Soxhlet, modifiés par Gentile, tel qu'il est employé à la clinique Tarnier. Ce traitement maintient le lait environ 45 minutes à 100°. Il est très peu coûteux, et ainsi qu'il ressort d'un rapport de M. Budin, l'expérience clinique a montré que ce procédé est très suffisant pour rendre le lait inoffensif à la condition toutefois qu'il soit consommé dans les vingt-quatre heures ou au plus dans les quarante-huit heures. C'est le procédé de choix, lorsqu'on peut recevoir à domicile le lait peu de temps après la traite. Chaque jour on distribue à la mère la quantité de lait nécessaire, chaque bouteille contient le lait nécessaire à la tétée, aucune bouteille ne doit rester en vidange. Au moment de la tétée il suffira de faire tiédir la bouteille de lait au bain-marie; de déboucher le flacon, puis d'appliquer immédiatement sur le goulot, soit une tétine comme de Gentile qui est très pratique, soit le galactophore de Budin. La tétine et le galactophore sont facilement lavés dans

l'eau bouillante pure dans laquelle on a mis du carbonate de soude. Pendant l'intervalle des tétées, la tétine est constamment maintenue dans de l'eau propre.

Certains biberons, ceux à long tube sont très dangereux, parce qu'il n'est pas aisé de les nettoyer complètement. Le lait séjourne dans le conduit en verre, dans le tube en caoutchouc, dans la tétine, et des organismes inférieurs s'y développent ; de là une odeur désagréable qu'il est facile de constater. Ces germes sont entraînés dans le tube digestif de l'enfant et y déterminent l'apparition d'accidents graves, souvent mortels. Le meilleur instrument pour allaiter les enfants, c'est la bouteille munie d'une tétine percée de trous assez fins.

Mais a-t-on dit, si ces procédés stérilisent le lait, plus ou moins complètement, tous ils le tuent. Le lait est un liquide vivant qui contient des ferments spéciaux : « Enzymes ou zymases » appropriés aux facultés digestives de l'animal destiné par la nature à le consommer et qui facilitent beaucoup la digestion ; or ces zymases sont détruites au moment de la montée du lait à 80° environ. Le lait stérilisé est donc un lait mort, et par là même, il peut déterminer le gros ventre flasque, le rachitisme, l'eczéma, la maladie de Barlow. Pour obvier à ces prétendus inconvénients, on a conseillé de substituer à la stérilisation, la pasteurisation préconisée depuis longtemps en Allemagne. Un ingénieur français, M. Louis Coutant, a inventé un procédé de pasteurisation du lait, qui consiste à réaliser facilement grâce à ses appareils et à un verre spécial qu'il est parvenu à trouver, ces deux traitements successifs :

1° Porter le lait à 75° ;

2° Le refroidir brusquement à une température voisine de 10° et même au-dessous.

Or, en portant le lait à 75°, il tue tous les microbes et toutes les toxines banales qui ont pu se développer dans un lait fraîchement trait; mais il conserve les quelques spores qui ont pu prendre naissance, spores qui sont simplement étourdies par la chaleur à 75°. En refroidissant brusquement son lait, il évite de laisser séjourner ces spores à la température tiède qui serait favorable à leur revivification. Cependant ce procédé ne va pas sans soulever des objections, et M. Perret, dans une intéressante communication faite en 1905, à la Société Obstétricale de France, a montré les imperfections du lait pasteurisé, surtout pendant les mois d'été.

Et puis, le lait stérilisé ne crée pas la dyspepsie, le rachitisme, l'eczéma, la maladie de Barlow comme on l'a prétendu, si les bébés sont convenablement alimentés avec lui. M. Budin a été formel sur ce point. Le Dr Carrel (1) n'est pas moins affirmatif. Enfin, M. Maygrier (2) dit : « Sans doute, les enfants nourris exclusivement avec du lait stérilisé, surtout dès les premiers mois de la vie, ont des digestions un peu pénibles ; tous n'ont pas le bel aspect des enfants nourris au sein, ils sont plus pâles, sujets à de la constipation, leurs garderobes peu colorées ont été comparées à du mastic de

1. Carrel. Le lait stérilisé. *Thèse de Paris*, 1903.
2. Maygrier. *Les consultations de nourrissons*. Paris, 1903.

vitrier et sont souvent fétides. Ces particularités sont communes aux très jeunes nourrissons privés de lait de femme et il n'est pas démontré que ces mêmes troubles ne puissent pas s'observer avec du lait pasteurisé. »

Une dernière question se pose : Faut-il materniser le lait ? Le lait de vache renferme plus de caséine que le lait de femme ; cette caséine, quand il s'agit de lait cru, se coagule en masses épaisses, en caillots volumineux. On l'a considérée comme étant beaucoup plus difficile à digérer pour l'enfant. Dans le lait de femme, il y a 75 parties de sucre : il n'y en a que 50 dans le lait de vache. Telles sont les principales différences qui existent entre les deux liquides. Faut-il donc modifier le lait de vache avant de le stériliser, de façon à diminuer la proportion de caséine qu'il renferme et à le ramener à une formule chimique voisine de celle du lait de femme ?

Il ne saurait y avoir à ce point de vue de règle fixe, mais dans les premiers mois, il semble toutefois prudent de modifier le lait. M. Variot, partisan cependant du lait pur, déclare lui-même qu'il n'oserait le conseiller d'une façon absolue avant six semaines. Les préparations à faire subir au lait dans ce but doivent être les plus simples possibles. Le meilleur procédé paraît être celui qu'indique M. Marfan, et qui consiste à additionner le lait d'un tiers d'eau à laquelle on ajoute 10 0/0 de sucre à partir du troisième mois, la question devient beaucoup plus simple, les enfants nourris au lait stérilisé et bien dirigés ne présentent généralement pas de troubles digestifs.

8) *Les accidents de la dentition* existent réellement chez un certain nombre d'enfants. Ils consistent en ce que les enfants ont de la salivation et de l'irritation des gencives, ils sont agités, parfois ils ont de l'insomnie ou de la diarrhée que rien n'explique, car ils ne prennent pas trop, et refusent même des aliments. Leur poids reste stationnaire, souvent même il diminue. Aussitôt que les dents sont sorties, tout rentre dans l'ordre. Il faut donc veiller à ne pas confondre comme on le fait quelquefois, les accidents de la dentition et ceux de la suralimentation.

9) *Le sevrage* mal conduit cause souvent de graves accidents. Dans certains pays, par exemple dans les régions minières du Nord et du Pas-de-Calais, où la plupart des femmes donnent le sein, la mortalité est grande, parce que le sevrage est mal fait. Les enfants doivent être conservés au sein jusqu'au delà de la première année, c'est-à-dire que le sevrage ne devra être pratiqué que de douze à quinze mois, suivant la saison, l'état de santé de la mère, la force et la résistance de l'enfant.

Le sevrage doit être fait d'une façon progressive et non brusque. Et l'on devra bien veiller, à la qualité, à la quantité des aliments qu'on donne, afin d'éviter toute suralimentation qui pourrait déterminer des troubles digestifs graves.

10° *La direction de l'alimentation pendant la deuxième année* présente une importance plus considérable qu'on ne le croit. Les mères commettent fautes sur fautes, donnant des soupes épaisses, ainsi qu'une alimentation

solide prématurée, oubliant trop souvent, que le tube digestif des enfants n'est pas encore constitué comme celui des adultes, qu'il est incapable de broyer, de triturer, de digérer, d'assimiler un grand nombre d'aliments.

Tel est le but poursuivi par les consultations de nourrissons et tels sont les principes qu'elles doivent propager. L'essentiel, c'est que le plus grand nombre possible de femmes viennent régulièrement faire examiner leur nourrisson et que parmi ces femmes le plus grand nombre possible nourrissent leur enfant au sein.

III. — Organisation et fonctionnement.

Une consultation de nourrissons, nous l'avons vu, doit être avant tout une école d'allaitement au sein. Dans ces conditions, l'organisation sera très simple. Elle ne se compliquera d'une goutte de lait que dans les grands centres ou les milieux industriels.

A la campagne, une goutte de lait serait complètement inutile car le lait est pur et bon marché. Du reste elle serait impossible à organiser, faute de budget. Comme l'a bien montré le Dr Mocquot les rouages seront ici très simples : une simple salle chauffée, facile à aérer après la consultation, un pèse-bébé, un registre, et voilà tout. Les consultations auront lieu de préférence le jeudi. Ainsi les instituteurs et institutrices dont la bonne volonté n'est jamais en défaut pourront servir de secrétaires. Le pèse-bébé sera placé près du foyer recouvert d'une feuille de papier qui sera changée

après chaque enfant. Le poids trouvé sera aussitôt marqué sur la feuille du registre concernant l'enfant, et la ration alimentaire calculée. Si des observations complémentaires sont faites, elles seront également notées. Après la consultation, le médecin fera une causerie sur le fait saillant qui aura marqué la consultation.

Ainsi établie, une consultation de nourrissons n'a pas besoin de budget et elle donne de très bons résultats. Le local ne comptant qu'une pièce, on pourrait craindre au premier abord des contagions fréquentes. Mais à la campagne les épidémies sont plus rares qu'à la ville, d'autre part toutes les mères se connaissent entre elles et se surveillent mutuellement.

A la ville, l'organisation se complique, surtout si à la consultation on adjoint, comme on est souvent obligé de le faire, une goutte de lait.

Le local se compose généralement de trois pièces :

1° Une salle d'attente bien aérée et assez vaste pour contenir le nombre habituel de personnes qui fréquentent la consultation. Elle a pour tout mobilier des bancs et des chaises. Sur les murs sont affichées des maximes et des règles hygiéniques.

2° Une salle de pesage et d'examen. Elle est meublée d'une table sur laquelle se trouve la balance, une autre table qui sert au médecin et à ses aides pour écrire et de quelques sièges.

3° Une salle spécialement affectée au lait et à sa distribution. L'aménagement en est très différent, suivant que le lait délivré aux mères qui en ont besoin est stérilisé industriellement ou qu'il est stérilisé à la consul-

tation même. Dans le premier cas, le local en question est un simple dépôt où sont placées les bouteilles de lait à distribuer. Dans le second cas la pièce est beaucoup plus importante ; elle devient un véritable laboratoire de lait stérilisé.

Pour compléter le matériel d'une consultation les objets suivants sont encore nécessaires :

1° Un grand registre où sont consignés tous les renseignements qui concernent les enfants, leur présence à chacune des visites, leur état de santé, le résultat de l'examen dont ils sont l'objet. Chaque nourrisson a une page spéciale du registre ;

2° Des fiches sur lesquelles doivent être inscrits chaque semaine le poids du bébé, le nombre des bouteilles de lait stérilisé qu'il reçoit avec la quantité qu'elles contiennent : elles sont remises aux mères qui doivent les présenter à chaque consultation ;

3° Des graphiques de poids sur lesquels figure la courbe schématique de l'accroissement normal d'un enfant né à terme.

« La consultation a lieu une fois par semaine à jour et heure fixes. Les femmes sont introduites dans la salle d'attente et on les appelle à tour de rôle pour peser leur enfant. Le poids est inscrit sur le grand registre et sur la fiche. Après la pesée, a lieu la visite médicale. Tous les enfants sont examinés avec soin, et les conseils nécessaires pour la réglementation de leur alimentation, les prescriptions que réclament les indispositions dont ils peuvent être atteints, sont données par écrit et expliquées minutieusement. Quand l'allaite-

ment a besoin d'être surveillé de plus près ou quand l'enfant est souffrant, on le fait revenir à une consultation supplémentaire.

« Il n'est délivré de lait stérilisé que lorsqu'il est absolument démontré que la mère n'a pas une quantité de lait suffisante, ou lorsque la sécrétion lactée est complètement tarie. Le nourrisson est mis alors à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel; ce dernier mode d'alimentation est exceptionnel, tout au moins dans les premiers mois de la vie.

« Dans le cas où le lait est nécessaire, les femmes viennent ou envoient chercher chaque matin les provisions de lait nécessaires pour les vingt-quatre heures. Elle leur est donnée dans des bouteilles qui contiennent juste la valeur d'un repas. On leur remet en même temps une tétine Gentile, qu'elles ne doivent adapter à la bouteille, qu'au moment de faire boire l'enfant, aussitôt après avoir enlevé le bouchon obturateur.

« Quand les enfants sont nourris au sein exclusivement, et c'est le plus grand nombre, les mères sont autorisées à ne les amener que tous les quinze jours, à la condition qu'ils soient bien portants. Il faut toutefois insister vivement auprès d'elles pour qu'elles continuent à venir et leur en faire comprendre toute l'importance. Car l'expérience a démontré que bon nombre de femmes qui nourrissent, trouvant que leur bébé va bien, cessent bientôt de se présenter à la consultation.

« Au contraire les mères dont les enfants sont à l'allaitement mixte ou artificiel et qui viennent chercher

du lait sont en général celles qu'on voit revenir le plus longtemps.

« Les enfants sont admis jusqu'à l'âge de 2 ans. Cette règle, instituée par le professeur Budin, permet de les surveiller à l'époque de la dentition et du sevrage. » (Maygrier, *Consultations de nourrissons*, p. 30.)

IV. — Inconvénients et moyens d'y parer.

Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait ont été l'objet d'un certain nombre de critiques :

I) On a reproché aux consultations de nourrissons d'exposer les enfants lorsque le froid est rigoureux à contracter des affections des voies respiratoires. Mais, dit M. le professeur Budin (*L'obstétrique*, novembre 1902), « s'il est bien enveloppé et tenu chaudement dans les bras et sur la poitrine de sa mère, l'enfant n'a pas de chance de se refroidir sérieusement et de tomber malade. Placez, dans ces conditions précises, un thermomètre entre sa peau et son vêtement et vous en aurez la preuve. » Si l'enfant est débile ou particulièrement délicat, il suffira de prendre ces précautions et de ne le sortir que quand le temps est favorable.

II) Une autre objection qu'on a faite est la promiscuité des enfants dans la pièce d'attente de la consultation et les dangers de la contagion si l'un d'eux est atteint de coqueluche, rougeole, etc. MM. Porak et Katz ont, dans leur communication à la Société Obstétricale de France (*Annale de la Société*, 1902, p. 250), rapporté plusieurs cas d'affections contagieuses contractées à la

consultation de la Maternité. A ce propos le Dr Chavanne a rappelé que pendant les vacances de 1893, il y a eu à la Charité, par suite de l'imprudence d'une mère qui amena à la consultation son enfant atteint de rougeole, malgré la défense qui lui en avait été faite, une épidémie qui fut grave puisque deux enfants succombèrent. Le danger a été de nouveau signalé par M. le professeur Pinard à la Commission de dépopulation.

Mais les faits qui précèdent sont extrêmement rares, grâce aux mesures qui sont le plus habituellement prises. Le péril est en réalité facile à éviter si, comme on le fait généralement, « jamais un enfant n'est admis dans la salle commune et n'a de contact avec les autres sans avoir subi un examen prouvant son bon état de santé générale » (Chavanne).

Dans les campagnes, le plus souvent le médecin connaît les enfants qu'on doit lui présenter ; c'est lui qui les soigne, il peut donc, au besoin, prévenir la nourrice d'avoir à ne pas se rendre à la consultation, si un enfant est mal disposé, même légèrement. Mais, en admettant même qu'il ne soit pas le médecin traitant, il ne peut exister une épidémie sans qu'il en soit prévenu. Il lui sera donc facile de prendre des précautions et d'exercer une surveillance plus sévère sur les enfants à leur entrée dans la salle. C'est donc là une simple question de surveillance qui a été tranchée depuis longtemps dans toutes les consultations bien organisées.

III) Enfin, un reproche, en partie justifié, a été fait aux gouttes de lait : celui de trop favoriser l'allaitement artificiel.

La goutte de lait peut en effet devenir dangereuse si dans l'esprit des mères et surtout dans l'esprit du médecin, elle devient l'œuvre capitale.

N'y a-t-il pas lieu de craindre que dans ce cas les mères n'aillent vers le médecin que pour avoir du lait ?

Le médecin devenu dispensateur de bon lait, ne renoncera-t-il pas bientôt, au rôle plus pénible de propagandiste de l'allaitement maternel ?

Le lait de femme, est, et sera toujours supérieur au lait de vache stérilisé. C'est l'avis de tous les puériculteurs et tous les médecins d'enfants se sont nettement exprimés sur ce sujet.

Les gouttes de lait qui tendent à remplacer le lait de femme par du lait de vache vont à l'encontre du but proposé.

V. — Résultats.

Depuis que le professeur Budin a fondé la première consultation de nourrissons à Paris, depuis que le Dr Dufour a créé la première goutte de lait à Fécamp, gouttes de lait et consultations des nourrissons se sont multipliées rapidement. Nous ne saurions donc avoir la prétention de citer ici toutes ces institutions ; leur nomenclature n'aurait du reste pas grand intérêt. Il nous a semblé plus important de réunir les documents qui ont trait aux résultats obtenus par les principales d'entre elles.

Le fait capital qui se dégage de toutes les statistiques, c'est la disparition presque absolue de la mortalité par

diarrhée même au moment des grandes chaleurs. Cela fait, que presque partout où paraît une consultation, la mortalité infantile de toute la ville baisse immédiatement. Nous allons étudier successivement les résultats obtenus à Paris, dans les départemeuts et à l'étranger.

A). — A Paris

Il n'est point de quartier qui n'ait sa consultation de nourrissons. C'est que dès 1901 les résultats de ces consultations sont apparus évidents.

A cette époque, dans les neuf dispensaires dépendant de l'Assistance publique 1.438 enfants avaient été admis à la surveillance médicale.

Sur ces 1.438 enfants, 373 étaient nourris au sein ; 1.065 étaient nourris au lait stérilisé.

La mortalité totale a été de 8 0/0 au lieu de 17 0/0 chez les enfants du même âge non soumis au contrôle médical. Depuis lors, les résultats ont été encore plus remarquables.

En relevant le nombre de décès dus à toutes les causes chez les enfants de 0 à 1 an de la ville de Paris, on voit que grâce aux soins dont ils sont maintenant entourés par les médecins, grâce aux conseils que leurs mères reçoivent dans les consultations de nourrissons, la mortalité va en diminuant notablement.

En effet la moyenne de la mortalité des enfants de 0 à 1 an à Paris a été :

de 1890 à 1896 de 134 décès pour 1.000
de 1896 à 1902 de 115 »
de 1902 à 1906 de 106 »

Ces chiffres portant sur la mortalité totale de la ville de Paris sont particulièrement significatifs.

Au point de vue des résultats obtenus à Paris par les consultations de nourrissons, il faut envisager à part :

1° Les consultations de nourrissons annexées aux services d'accouchements de l'Assistance publique ;

2° Les consultations de nourrissons dépendant de dispensaires de l'Assistance publique ;

3° Les consultations de nourrissons dépendant d'œuvres de bienfaisance privées.

I. — Consultations de nourrissons annexées aux services d'accouchements. Consultations du professeur Budin. — Dans les consultations que le professeur Budin a successivement dirigées depuis 1892 à la Charité, à la Maternité et à la clinique Tarnier, la mortalité par diarrhée, celle qui est de beaucoup la plus importante à considérer, a toujours été nulle. Nous rapportons ici les statistiques publiées par M. Budin pour les consultations de nourrissons de la Charité (1892-1895) et de la clinique Tarnier (1898-1904).

α) Consultation des nourrissons de la Charité, depuis sa fondation, 1892, jusqu'en 1896 (M. Budin. *L'obstétrique*, 1896). Sur 617 enfants qui s'y sont présentés 330 ont été suivis.

Parmi ces 330 enfants : 72 étaient nourris exclusivement au sein ; 186 à l'allaitement mixte ; 35 à l'allai-

tement maternel, puis mixte, puis artificiel ; 37 à l'allaitement artificiel d'emblée.

Sur ces 330 enfants 15 sont morts, dont 3 étaient nourris au sein et 12 à l'allaitement mixte ou artificiel.

Aucun n'est mort de diarrhée.

β) Consultation de nourrissons de la clinique Tarnier. Voici les résultats tels que M. Budin les a présentés à l'Académie de médecine en janvier 1904 : « Depuis mars 1898 cette consultation a été suivie par 712 enfants ; parmi ces enfants 26 sont morts, ce qui fait une proportion de 36,55 0 00. Pendant cette période à Paris, la mortalité avait été en 1898, 1899, 1900, de 178 0/00. Si nous recherchons « de quoi sont morts nos enfants », voici ce que nous constatons :

« De mars 1898 à janvier 1904, nous n'en avons pas perdu un seul de diarrhée ; dans la ville de Paris, les affections du tube digestif avaient causé la mort dans la proportion de 69 pour 1000.

« La mortalité par affections pulmonaires a été en ville de 32 pour 1000 ; chez nous, elle n'a été que de 17 pour 1000.

« Pour les maladies contagieuses elle a été en ville de 10,5 pour 1000 et chez nous de 13,5 pour 1000.

« Celle par affections diverses a été en ville de 65,6 pour 1000 et à la consultation de 13,8 pour 1000.

« Nous avons dû dédoubler notre consultation qui, le vendredi, était trop considérable ; nous en avons en mars 1903 organisé une autre le mercredi. Ces deux consultations nous ont, pour 1904, donné les résultats suivants : A celle du vendredi, sur 143 enfants, 3 sont

morts, l'un de gastro-entérite, le second de diphtérie, le troisième d'insolation. L'enfant mort de gastro-entérite avait 17 mois. Ses parents obligés brusquement de quitter Paris, le confièrent à la grand'mère. Celle-ci gava son petit-fils avec de bonnes soupes, des légumes variés, et en quelques jours le fit mourir de gastro-entérite.

A la consultation : du mercredi, sur 126 enfants pas un seul n'a succombé.

« Fait important en février 1903, 80 prématurés nés à la clinique Tarnier avaient suivi la consultation ; 2 seulement était morts. »

Consultation de M. le Dr Bonnaire, à Lariboisière. — M. Bonnaire l'a créée en juin 1904.

Il a choisi comme jour de la consultation, le dimanche, et cela dans deux buts :

1° De permettre aux mères qui travaillent les jours ouvrables, de prendre part à la consultation, sans subir de perte de salaire ;

2° Afin que les étudiants en médecine, libres ce jour-là, où tout au moins pouvant s'absenter plus facilement qu'en semaine de leurs services respectifs, puissent y assister et acquérir de sérieuses connaissances de pédiatrie pratique, les premières notions de puériculture.

M. Bonnaire n'a pas adjoint à sa consultation de nourrissons, de distribution de lait stérilisé parce que dans son esprit la consultation était ouverte spécialement pour les enfants nourris au sein, nés dans le service intérieur ou extérieur (sages-femmes agréées) de la Maternité. Mais cela ne veut pas dire que tous les nou-

veau-nés indépendants de Lariboisière par leur origine ont été refusés de parti pris, que ceux soumis à l'allaitement mixte ou arrivés à l'époque du sevrage ont été systématiquement éliminés. Pendant notre stage, fait dans ce service si actif, nous avons vu venir régulièrement des enfants nés en ville et élevés au biberon.

Voici les résultats obtenus par cette consultation, d'après les relevés que nous devons à l'obligeance de Mme Orsat, sage-femme en chef de la maternité de Lariboisière :

Du 1er juin 1904 au 1er avril 1906, 3.730 naissances à terme ont été enregistrées.

Sur ces 3.730 enfants, 446 ont été inscrits à la consultation.

En ajoutant à ces 446 enfants nés à la maternité, 92 enfants « étrangers à la maternité », nés en ville et accueillis à la consultation, le nombre des enfants ayant suivi celle-ci est de 538 :

dont 419 étaient nourris au sein
— 55 — à l'allaitement mixte
— 54 — à l'allaitement artificiel

Sur ces 538 enfants, 6 sont morts : 3 de broncho-pneumonie, 2 de méningite, 1 de syphilis.

Aucun n'est mort de diarrhée.

M. le professeur Bar, dans la consultation de nourrissons qu'il a créée le 19 juillet 1903 à l'hôpital Saint-Antoine ; M. le Dr Maygrier et M. le Dr Porak qui ont succédé à M. Budin, le premier à la Charité, le second à la Maternité ; M. le Dr Boissard, qui a installé à ses frais en 1898 à l'hôpital Tenon, une consultation de nourris-

sons, aujourd'hui subventionnée par l'Assistance publique, ont obtenu des résultats presque identiques. Les résultats obtenus sont donc remarquables. Il est toutefois juste de concéder, que la clientèle d'hôpital est privilégiée en ce sens que le plus grand nombre d'enfants sont nourris au sein (93 à 96 0/0) et suivis dès leur naissance. Mais il faut reconnaître aussi que les mères qui viennent accoucher dans les hôpitaux appartiennent dans la majorité des cas à la classe ouvrière, pour ne pas dire à la classe pauvre, que bien souvent des difficultés d'ordre matériel, social, viennent s'ajouter aux tares physiques ou morales.

II. — *Consultations de nourrissons dépendant des dispensaires de l'Assistance publique.* — En 1895, sur l'initiative de M. Paul Strauss, le Conseil général de la Seine a organisé des consultations de nourrissons dans les maisons de secours de la ville de Paris et du département. Puisque des secours d'allaitement, variant de 10 à 30 francs sont accordés à un certain nombre de femmes, on pouvait exiger qu'elles vinssent présenter leurs enfants toutes les semaines ou tous les quinze jours. Si l'allaitement au sein est bien fait et suffit, elles continuent à recevoir le secours complet ; si au contraire on est obligé de donner du lait stérilisé, la dépense causée par cette distribution de lait peut être retenue sur la somme accordée. On est assuré de la sorte que l'enfant a du bon lait et les frais supplémentaires sont bien peu considérables.

Bien que les médecins qui dirigent ces consultations disposent d'une influence assez considérable et ce, par

la menace de la suspension ou de la diminution du secours d'allaitement, les résultats qu'ils ont obtenus jusqu'ici, quoique très encourageants, sont loin d'être aussi remarquables que ceux des consultations hospitalières.

La consultation de nourrissons de la rue du Chemin-Vert fut la première consultation dans ce genre créée à Paris. Elle a été fondée en juin 1895 et dirigée d'abord par le Dr Chavane, puis par le Dr Pascal(1) qui a publié les résultats obtenus et que voici : Sur 818 enfants qui suivirent la consultation depuis 1895 jusqu'en 1901, 237 étaient à l'allaitement maternel, 338 à l'allaitement mixte et 343 à l'allaitement artificiel. Sur ces 818 enfants, 87 sont morts dont 20 par gastro-entérite.

Les résultats publiés par les autres consultations de la rue Ordener, rue Saint-Blaise, rue Saint-Benoit, rue de la Rochefoucauld, rue Jenner, rue Gauthey, etc., se rapprochent de ceux-ci, toujours inférieurs au point de vue de l'allaitement maternel à ceux des accoucheurs. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les mères ainsi secourues sont, pour la plupart, des filles-mères ou des veuves, c'est-à-dire des mères qui éprouvent les plus grandes difficultés dans l'accomplissement de leur devoir.

III. — *Consultations de nourrissons dépendant d'œuvres de bienfaisance privée.* — En même temps que l'assistance publique s'occupait des enfants et des mères à sa charge, l'initiative privée, stimulée par les conférences et les écrits de ceux qui ont consacré leur exis-

1. Pascal. *Annales de la Soc. obstétr. de France*, 1902, p. 336.

tence à cette grande question de puériculture, créait à Paris et en province de nombreuses consultations de nourrissons et gouttes de lait. Dès le début de leur fonctionnement et en raison de la différence de recrutement, les médecins qui dirigent ces consultations devaient, par la force même des choses, voir fort peu d'enfants allaités au sein. En effet beaucoup de femmes se présentaient tardivement amenant des enfants déjà sevrés, sans qu'il puisse rester aucun espoir de les remettre au sein. Un grand nombre de ces enfants étaient malades, atrophiques, ou même athrepsiques.

Les médecins qui dirigent ces consultations de nourrissons, ces gouttes de lait, qui accueillent ces enfants, les soignent, surveillent leur alimentation, leur donnent du lait pur et aseptique, en place des innomables mixtures qu'ils ont absorbées jusqu'à ce jour, font incontestablement œuvre utile et œuvre belle, et à force de persévérance arrivent à persuader aux femmes qui donnent le biberon que le sein est bien supérieur et en font de celles-ci, pour les grossesses futures, des adeptes de l'allaitement maternel.

Les résultats sont encore ici très remarquables, malgré ces conditions fâcheuses, témoin ceux obtenus par M. le Dr Bresset et M. le Dr Variot.

Le dispensaire de Belleville a été fondé en 1891 sur l'initiative de M. le Dr Variot. La consultation de nourrissons annexée à ce dispensaire a commencé de fonctionner au mois de septembre 1896, quoique la distribution du lait stérilisé ait commencé dès 1892. La consultation a lieu une fois par semaine. Le nombre

des enfants nourris au sein est peu considérable ; c'est ce qui explique que M. Variot a pu dire que la goutte de lait devient par la force des choses une école d'allaitement artificiel. Quoi qu'il en soit, les services qu'elle rend sont encore considérables. Grâce au contrôle hebdomadaire et régulier de la croissance à l'aide de la balance, aux conseils individuels donnés aux mères, et à la distribution méthodique du lait stérilisé, M. le Dr Variot estime qu'en évaluant à une centaine le nombre de vies qu'il sauvegarde chaque année, il est probablement au-dessous de la vérité (1).

En 1902, sur 201 enfants amenés régulièrement au dispensaire, 32 étaient nourris au sein, 88 à l'allaitement mixte et 81 à l'allaitement artificiel. La mortalité a été de 10 0/0.

Les dispensaires de M. le Dr Bresset, rue Oudinot et rue Saint-Dominique. — Dès l'ouverture de la consultation de la rue Oudinot, M. Bresset voyait affluer chez lui des nourrissons élevés au biberon. Il surveillait par contre fort peu d'enfants allaités au sein. M. le Dr Bresset désolé de cet état de choses se mit à lutter de toutes ses forces pour encourager l'allaitement maternel. Dans ce but, il distribue des aliments et des médicaments. De plus, toutes les fois qu'on lui amène un enfant sevré seulement depuis quelques jours, il exige qu'il soit remis au sein, et il y parvient souvent. Aux mères qui ont sevré depuis deux ou trois mois, il donne le conseil de

1. Variot. Conférence sur l'allaitement maternel. *Revue philanthropique*, 10 décembre 1902.

nourrir, quand elles auront un autre enfant. De cette campagne commencée en 1897 il recueille maintenant les résultats. C'est ainsi que 42 femmes redevenues enceintes ont amené leurs nourrissons dès les premiers jours. Le chiffre représentant la moyenne de l'allaitement artificiel a décru progressivement d'année en année, pour tomber en 1905 à 13,5 0/0 rue Oudinot et à 12,3 0/0 rue Saint-Dominique. La mortalité fut de 4 0/0 en 1905 ; et le seul enfant mort de gastro entérite était à l'allaitement mixte.

∴

Le Dr Devé (1) a soulevé dans sa thèse inaugurale, la très intéressante question de la *Consultation individuelle* et l'a traitée d'une façon très heureuse, en soutenant que tout médecin s'intéressant à la puériculture, pourrait facilement en établir dans sa propre clientèle. La preuve de ceci a été fournie par le Dr Legrand (2) (d'Issy), qui a organisé depuis un an environ à son domicile une consultation et en a communiqué les bons résultats à la Société d'obstétrique de Paris. A Paris, dans le XVIIIe, le Dr Schwab a fondé pour l'œuvre des femmes en couches israélites une consultation individuelle qui fonctionne avec succès.

1. Ch. Devé. Réflexions critiques sur la puériculture. *Thèse Paris*, 1903.

2. Legrand (d'Issy). Consultation de nourrissons au domicile du médecin. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 19 février 1903, p. 35.

A Hyères le Dr Pierrehugues a installé chez lui, une consultation où des enfants lui sont amenés chaque semaine par leur mère ou par la personne chargée de les élever. Il les pèse, les examine, distribue du lait stérilisé en cas de besoin, et d'après ce qu'il a observé jusqu'ici, il a tout lieu de croire que cette organisation portera ses fruits.

Il est à souhaiter que ces efforts personnels se multiplient, afin que s'étende à un nombre de plus en plus grand de nourrissons, la surveillance médicale qui les préserve de la maladie et de la mort.

B). — Dans les départements

Les statistiques fournies par les départements ne sont pas moins significatives au point de vue des résultats obtenus par les consultations de nourrissons. Dans toutes les villes où elles existent, quoique tous les enfants n'y sont pas conduits, la mortalité des enfants de 0 à 1 an s'abaisse très notablement, parfois d'un quart, d'un tiers et même de la moitié.

M. Viret, inspecteur départemental de l'Assistance publique, a fait dans onze villes où il existait des consultations de nourrissons : Ardres, Arques, Arras, Anchel, Billy-Montynez, Boulogne-sur-Mer, Frévent, Harnes, Marquion, Montreuil-sur-Mer, Sailly-sur-la-Lys, la comparaison entre les deux années 1898 et 1904, dont la température fut très élevée.

Dans toutes ces villes la mortalité a été notablement moins grande en 1904 qu'en 1898.

Or, dans onze autres villes : Auchy-lez-Herdin, Courcelles, Fruges, Gosnay, Hermiès, Le Forest, Le Portel, Loos-en Gohelle, Méricourt, Sangatte et Wizernes, où les consultations de nourrissons n'ont pas été établies, la mortalité pour les enfants de 0 à 1 an s'est toujours au contraire trouvée plus élevée en 1904 qu'en 1898.

Les consultations de nourrissons existent aujourd'hui presque dans toutes les communes de France. Donner ici les résultats de chacune d'elles, serait chose difficile faute de place, et du reste complètement inutile, car ils sont partout identiques.

Aussi, après avoir décrit les résultats obtenus par quatre d'entre elles (Chartres, Fécamp, Rouen et Varengeville-sur-Mer) qui présentent certaines particularités, nous donnerons les résultats obtenus dans les deux départements (du Nord et du Pas-de-Calais) où la mortalité infantile a fait le plus de ravages, et ceux obtenus dans le département de l'Yonne où furent instituées les premières consultations de nourrissons à la campagne.

A Chartres, sur l'initiative de M. Brelet, préfet d'Eure-et-Loir, un bureau d'examen des nourrissons a été créé par les soins de M. Paulin, inspecteur des Enfants-Assistés et M. le Dr Chesnel. Cette création s'est faite après entente entre le conseil municipal de Chartres et le conseil général d'Eure-et-Loir. En vertu d'une décision du conseil général, tous les enfants assistés, tous les enfants secourus sont obligatoirement apportés deux fois par mois au bureau d'examen des

nourrissons, également ouvert aux enfants placés en nourrice hors du domicile de leurs parents. Une fiche individuelle est remise à chaque mère ou nourrice à sa première visite et reste en sa possession pour qu'on y inscrive les indications que fournit la pesée et s'il y a lieu, l'examen du médecin. Ce bureau d'examen a pour la première fois ouvert ses portes le 3 janvier 1904 et depuis régulièrement les premier et troisième dimanches de chaque mois, à l'Hôtel-Dieu, sauf pendant le mois d'août, mois de vacance, voici les résultats, d'après le rapport de M. Gabriel Paulin, in *Revue philanthropique*, 1905 :

Du 3 janvier 1904, jusqu'au 18 décembre 1904 123 enfants ont été présentés.

Parmi ces 123 enfants : 80 étaient élevés au biberon, 9 à l'allaitement mixte et 34 au sein.

La mortalité a été de 6 0/0, inférieure de 3 0/0 à la mortalité des enfants du premier âge ayant vécu en 1904 dans le département d'Eure-et-Loir, et n'ayant pas été apportés au bureau d'examen. D'autre part la mortalité à Chartres ayant été parmi les enfants protégés de 10 0/0 et parmi les enfants élevés dans leur famille, en dehors de toute surveillance, de 13 0/0, la mortalité sensiblement moins élevée des enfants surveillés à la consultation montre une fois de plus l'efficacité de cette consultation.

La goutte de lait de Fécamp fut fondée comme nous l'avons dit en parlant de l'historique des consultations de nourrissons, en 1894, par M. le Dr Dufour. Il y admet tous les enfants de la ville, qu'il divise en trois

catégories : il y a la section gratuite pour les pauvres, demi payante pour les ouvriers, et la section payante pour les enfants bourgeois et riches. Ceux qui sont fortunés viennent ainsi en aide à ceux qui ne le sont pas. M. Dufour fait, en outre, subir au lait quelques modifications destinées à le rapprocher par sa composition du lait de femme, puis il le stérilise à 102°. Voici les résultats obtenus de 1894 à 1902 (1).

Sur 1136 enfants ayant suivi la goutte de lait, 110 sont morts, dont 22 par gastro-entérite. La mortalité des enfants ayant suivi la goutte de lait était donc en moyenne de 10 0/0. Pendant la même époque, la moyenne de la mortalité des enfants de 0 à 1 an de Fécamp était de 14 0/0.

A Rouen, M. le Dr Panel, dans le dispensaire qu'il dirige dans le IVe arrondissement de Rouen, au milieu d'une population très pauvre, qui recourait presque exclusivement à l'allaitement artificiel, a obtenu au bout de peu temps et par des procédés très simples, l'allaitement au sein dans la proportion de 60 0/0. « M. Panel, rapporte M. Devraigne (2), voyait à peine une ou deux femmes donnant le sein. « Et de bonne foi, dit-il, je ne pensais pas que le contraire fût possible. » Il apprit un jour qu'une indigente faisait avec le lait qu'on lui donnait la soupe pour son ménage et donnait le sein à son enfant. Examinant alors les femmes à qui il donnait

1. Mlle Margoulièss. *L'œuvre de la goutte de lait.* Thèse de Paris, 1903.

2. Devraigne. Les consultations de nourrissons. *Presse médicale*, 21 octobre 1905.

du lait pour leurs enfants, il en trouva deux ou trois qui avaient du lait. « C'est alors, dit-il, que m'apparût cette vérité si simple et pourtant si éclatante, qu'en donnant du lait, c'est-à-dire un avantage matériel aux femmes qui ne donnent pas le sein, et rien aux mères nourrices, on excite les femmes à ne pas faire leur devoir de mère. » Et aussitôt, aux trois ou quatre femmes nourrices il donna, en place de lait, des bons de viande. Les résultats furent merveilleux : il y eut moins d'enfants malades, à cause de la diminution du nombre de biberons ; l'allaitement au sein, abandonné dans cette clientèle pauvre, reprit le dessus. »

A Varengeville-sur-Mer, près de Dieppe, une consultation fut fondée par Mme Rolle en 1904 et dirigée par un élève de M. Budin, le Dr Poupault.

Pendant les sept années qui avaient précédé 1904, la mortalité des enfants de 0 à 1 an avait été en moyenne de 145 pour 1000.

Aucun des enfants qui ont suivi pendant la première année la consultation n'est mort : de ce fait, la mortalité de Varengeville est tombée à 77 pour 1000.

Or, en 1898, avec des chaleurs comparables à celles qui ont régné pendant l'année 1904, la mortalité des enfants de 0 à 1 an pour Varengeville avait atteint 285 pour 1000 ; puis de 285 elle est tombée à 77 pour 1000, la mortalité a donc été à peu près quatre fois moins forte, grâce à la consultation de nourrissons.

Département du Pas-de-Calais. — Ainsi que l'a fait ressortir M. Budin, dans sa conférence à Arras le 12 août 1902 (*Revue philanthropique*, t. XI, p. 503), la

mortalité pèse lourdement sur le département du Pas-de-Calais. De 1892 à 1897 elle atteint 235 pour 1000 pour les enfants de 0 à 1 an. Elle est de 104 à Montreuil-sur-Mer, 150 à Aire, 162 à Saint-Pol, 163 à Béthune, 165 à Berck-sur-Mer, 170 à Arras, 175 à Saint-Omer, 191 à Montigny-sur-Gohelle, 196 à Boulogne-sur-Mer, 198 à Arques, 228 à Carvin, 266 à Calais, 269 à Harnes, 272 à Lillers, 286 à Hénin-Letart, 318 à Lens, 332 à Bricay, 373 à Anchel et 374 à Liévin.

Or, dans le Gers elle est de 86, de 90 dans l'Ain et de 165 pour toute la France.

Pour l'année 1901, dans le Pas-de-Calais, il y a eu 3.963 décès d'enfants âgés de moins de 1 an sur une mortalité totale de 18.011.

Les causes pathologiques de cette mortalité sont toujours les mêmes, peu nombreuses, avec prédominance excessive de la gastro-entérite qui entre pour 305 pour 1000 dans la mortalité du Pas-de-Calais. Moins lourde chez les populations rurales, la gastro-entérite devient épouvantablement meurtrière dans les villes et les centres d'industrie. Certaines villes doivent à la gastro-entérite la moitié de leur mortalité infantile : ainsi Saint-Omer, 520 pour 1000 ; Saint-Pol, 520 pour 1000 ; Boulogne-sur-Mer, 490 pour 1000 ; Lens, 483 pour 1000.

Déjà en divers endroits, on avait essayé de lutter contre cette mortalité, par l'institution des gouttes de lait ou des consultations de nourrissons : le Dr Baude, d'Arras, en 5 ans n'a eu que 9 décès sur 210 enfants, soit une mortalité de 4 0/0 ; le Dr Bourgain, de Boulogne-sur-Mer, en 3 ans (1899-1901) n'a eu que 23 décès

sur 356 enfants soit 4 0/0 ; le Dr Delavala, de Sailly-sur-la-Lys, en 3 ans (1899-1901) n'a eu que 2 décès sur 74 enfants, soit 2 0/0. Mais le grand mouvement de lutte contre la mortalité infantile date de la conférence du professeur Budin, faite à Arras en août 1902. Cette conférence, présidée par M. Jonnard, faite sous les auspices de la Ligue contre la mortalité infantile, eut un énorme retentissement.

Le conseil général du Pas-de-Calais décida de créer sur tous les points du département des consultations de nourrissons avec le concours de Comités de dames. Le préfet, M. Duréault, montra la plus grande activité dans le développement de ces œuvres.

Et fin 1904, il existait dans le Pas-de-Calais 123 consultations de nourrissons qui toutes donnent des résultats remarquables.

A la séance de l'Académie de médecine du 16 février 1905, M. le professeur Budin a analysé une brochure de M. le Dr Alexandre, maire d'Arques (Pas-de-Calais) intitulée : *La deuxième année du fonctionnement de la consultation de nourrissons et goutte de lait d'Arques.*

Dans les cinq années qui ont précédé l'établissement de cette consultation de nourrissons (1898-1903) la mortalité des enfants de 0 à 1 an était pour la ville d'Arques de 198 pour 1000 naissances ; depuis la fondation, la mortalité est descendue pour toute la ville à 111 et 101 pour 1000, tandis que dans les communes voisines où il n'y a pas de consultations la mortalité infantile en 1904 a été de 190 et 200 pour 1000 : à Blen-

derques, 136 pour 1000 naissances ; Wizernes 199 ; Longuencise, 200.

Et si l'on considère la mortalité chez les seuls enfants qui ont suivi la consultation, on voit qu'ils sont morts dans la proportion de 9 et 34 pour 1000. D'autre part, le Dr Alexandre fait remarquer qu'il obtient à sa consultation un très notable accroissement de l'allaitement au sein ; en 1904, sur 112 enfants, 78 recevaient le sein de leur mère (soit près de trois quarts).

Cette augmentation de l'allaitement au sein est un fait général. A Boulogne-sur-Mer une goutte de lait a été fondée par le Dr Ayre, en 1902. Il n'y eut au début que de l'allaitement artificiel. Or, d'octobre 1904 à mars 1905, 21 femmes se sont fait inscrire qui nourrissent leur enfant au sein et les résultats ont été très beaux.

Département du Nord. — Dans le Nord comme dans le Pas-de-Calais, la mortalité infantile est considérable. Dans toute la région comprise entre Lille et Dunkerque la mortalité du premier âge atteint 250 et 260 pour 1000. Armentières, Bergues, Hontschoote, Lille arrivent avec une contribution mortuaire effrayante.

Pour lutter contre cette mortalité, des consultations de nourrissons ont été fondées un peu partout, soit par les médecins ou les municipalités, soit par les compagnies houillères.

On en trouve une à Saint-Pol-sur-Mer dirigée par M. Ausset. Roubaix en possède plusieurs, Lille, Tourcoing, Anzin, Caudry, Douai, Dunkerque, Saint-Amand en ont également.

Les résultats sont déjà palpables.

A Saint-Pol-sur-Mer pendant les cinq années qui ont précédé le mois d'octobre 1902, la mortalité des enfants de 0 à 1 an est de 288 pour 1000. Le Dr Ausset de Lille, appuyé et soutenu par M. Van Cauvenberghe, y fonda une goutte de lait. Les résultats ont été les suivants en octobre 1903 ; après la première année, la mortalité de toute la ville était tombée à 202 pour 1000 et à la fin de la deuxième année en octobre 1904, malgré les grandes chaleurs elle n'était plus que de 155 pour 1000. Le conseil général du Nord semble du reste vouloir suivre l'exemple du conseil général du Pas-de-Calais et préside à la diffusion des consultations.

Département de l'Yonne. — C'est dans ce département qu'ont été instituées les premières consultations de nourrissons à la campagne. Elles ont été l'œuvre du Dr Mocquot, d'Appogny, médecin inspecteur des Enfants-Assistés, bien secondé par l'inspecteur départemental, M. Marois ; 129 communes de l'Yonne possèdent maintenant une consultation de nourrissons. Sur 1.614 enfants ayant suivi ces consultations, 37 seulement sont morts. Grâce à ces consultations qui fonctionnent merveilleusement et qui ont permis d'obtenir une diminution parfois considérable de la mortalité infantile, presque tous les enfants assistés ont été placés au sein. Les enfants se sont trouvés par ce fait dans les meilleures conditions d'alimentation et d'hygiène et de nombreuses causes de maladies ont été supprimées.

Aussi, la mortalité qui naguère encore était des plus élevées dans ces régions, est-elle rapidement tombée

depuis que les mères et les nourrices ont appris à venir faire peser leurs enfants et à régler leur alimentation. Et cette diminution de la mortalité porte à la fois sur les villes et sur les campagnes.

Les résultats obtenus par le Dr Mocquot méritent d'être rapportés ici, il les a résumés dans une communication à la Société obstétricale de France. Ces résultats ont été merveilleux, puisque dans les six consultations établies par le Dr Mocquot, il n'y a pas eu un seul décès pendant cette année si chaude de 1904. Le Dr Mocquot montre aussi l'augmentation du nombre des enfants mis au sein: sur 89 enfants élevés par leur mère en 1904, 64 ont été nourris au sein et 25 au biberon, ce qui est très satisfaisant, vu les habitudes antérieures d'allaitement artificiel dans l'Yonne.

A Auxerre, une consultation fut établie en 1904. Sur 143 enfants qui l'ont suivie, 2 sont morts en 1904, année où la chaleur fut particulièrement élevée. En comparant la mortalité de 1904 avec celle de l'année 1898 où la chaleur fut également très élevée, mais quand la consultation n'existait pas encore, on trouve qu'en 1898 sur 210 enfants de 0 à 1 an élevés à Auxerre il en est mort 43, soit 205 pour 1000; au contraire en 1904 sur 274 enfants, il en est mort 33 soit 120 pour 1000, Donc le nombre de décès ayant été très minime parmi les enfants qui venaient à la consultation, la mortalité totale est tombée à Auxerre de 205 à 120 pour 1000. En 1906, la consultation a été plus fréquentée. Les mères et les nourrices ont déjà acquis plus d'expérience, la mortalité n'est plus que de 60 pour 1000. Pendant cette même année

1906, la mortalité dans trois communes de l'arrondissement qui n'avaient pas de consultation, fut de 120 pour 1000 à Toucy, 107 pour 1000 à Maligny et 214 pour 1000 à Druges.

A Sens, la statistique accuse des résultats aussi intéressants. En 1898 pas de consultation, les décès sont dans la proportion de 116 pour 1000. En 1904, après une année d'expérience, nous n'en relevons que 80 pour 1000. En 1906, 47 pour 1000 seulement.

* * *

Les consultations de nourrissons rendent donc de très grands services puisque dans les villes où elles existent, quoique tous les enfants n'y sont pas conduits, la mortalité des enfants de 0 à 1 an s'abaisse très notablement, parfois d'un quart, d'un tiers et même de la moitié.

Il est nécessaire donc que les consultations de nourrissons deviennent extrêmement nombreuses, qu'elles se multiplient dans les villes et dans les campagnes.

Il faut que des consultations soient installées dans toutes les Maternités et aussi dans les hôpitaux d'enfants, comme l'a demandé M. Marfan.

Les médecins inspecteurs du premier âge doivent pouvoir en créer à leur gré et y faire venir régulièrement les enfants qu'ils ont à surveiller.

Il faut que toutes les mères secourues par l'Assistance, à quelque titre que ce soit : national, départemental, municipal ou même privé, soient astreintes à

amener leurs nourrissons aux consultations. Et pour assurer la venue de toutes les mères nécessiteuses, il suffirait comme l'a dit M. le Dr Maygrier (1) d'une entente avec les œuvres qui favorisent l'allaitement maternel, avec les Mutualités maternelles, avec les Sociétés de charité maternelle, d'allaitement maternel, de protection de l'enfance, avec les crèches ». Dans ces mutualités, dans ces sociétés, dans ces Crèches, on ferait connaître aux mères les consultations de nourrissons, en les obligeant à y conduire leurs bébés.

La Ligue de la mortalité infantile peut jouer un rôle très important, en concentrant tous les efforts, en établissant un lien entre toutes ces œuvres qui doivent se prêter un mutuel appui.

C). — A l'étranger

Ce beau mouvement parti de Paris, s'est étendu à l'étranger, et tous les jours on apprend de tous les points du globe la création de consultations de nourrissons et gouttes de lait.

Et, dans tous les pays, les résultats furent pareils à ceux obtenus par ces mêmes œuvres, en France.

Partout la mortalité des enfants de 0 à 1 an s'est abaissée, et d'après les statistiques rapportées au Congrès des gouttes de lait, tenu à Bruxelles en 1907, elle est aujourd'hui en :

1. Maygrier. *Les consultations de nourrissons*. Paris, Masson, 1903.

Allemagne . . .	de 183	pour 1000 naissances.
Angleterre . . .	— 133	—
Autriche-Hongrie.	— 225	—
Belgique	— 146	—
Danemark . . .	— 114	—
Écosse	— 113	—
Espagne	— 180	—
Grèce	— 132	—
Hollande	— 130	—
Irlande	— 100	—
Italie	— 175	—
Japon	— 175	—
Norvège.	— 75	—
Roumanie	— 128	—
Russie	— 240	—
Suède	— 80	—

Rappelons à ce sujet, que d'après les dernières statistiques elle ne semble pas dépasser actuellement, en France, le chiffre de 90 à 100 décès pour 1000 naissances.

Deux médecins se sont surtout fait remarquer à l'étranger comme propagateurs de ces institutions. Ce sont : M. le Dr Ulecia y Cardona, de Madrid et M. le professeur Charles, de Liège.

M Ulecia y Cardona inaugura en janvier 1904 en présence de S. M. la reine Marie-Christine, une consultation de nourrissons. Il a fait tirer à 60.000 exemplaires, un abécédaire pour les mères, qui s'est répandu à profusion. Un an après, le nombre de décès d'enfants de 0 à 1 an à Madrid, avait diminué considérablement.

Nous nous permettrons en qualité de Roumain, d'in-

sister un peu sur les *œuvres et institutions érigées en Roumanie pour combattre la mortalité infantile*. La Roumanie possède 6.195.798 habitants. Il y naît environ 241.884 enfants par an et la croissance de la population suit un cours progressif. On est donc moins alarmé de la mortalité infantile et la sollicitude de nos compatriotes pour l'enfance, a principalement été dirigée, sur l'amélioration de l'état social moral des enfants pauvres.

En Roumanie, on compte en effet beaucoup de sociétés et d'œuvres destinées à faciliter et à encourager l'éducation et l'instruction de ces enfants. Telles sont les orphelinats, les asiles, les écoles gardiennes et Froebeliennes, les cantines scolaires, les colonies de vacances et un grand nombre de sociétés, qui comme « Ajutorul copiilor saraci », « Obolul » habillent et donnent l'assistance à domicile aux enfants pauvres.

Dans notre pays, l'allaitement au sein est et a toujours été de rigueur et l'usage du biberon est inconnu dans nos campagnes et fort heureusement très peu répandu dans les villes.

Malheureusement l'ignorance des mères et leur pauvreté font que la mortalité infantile de 0 à 1 an, soit de 128 pour 1000 naissances; aussi notre pays n'a pas voulu rester le dernier sur le terrain de la sollicitude pour l'enfance.

En 1897, grâce à l'initiative de M^me^ la Doctoresse Cutzarida-Cratunesco, furent fondées les deux premières sociétés ayant pour but de lutter contre la mortalité infantile : Le Leaganul et la Materna. Chacune de ces

sociétés a créé à la fin de l'année 1897 sa crèche interne (1) destinée à élever les enfants pauvres du premier âge.

Le Leaganul est organisé identiquement comme la Pouponnière de Porchefontaine, dont nous parlerons plus loin, et ne garde comme celle-ci les enfants que jusqu'à l'âge de 2 ans. Les enfants y sont nourris au sein, deux par une seule nourrice (d'habitude la nourrice allaite son propre enfant et un pensionnaire) et l'allaitement y est complété par l'allaitement artificiel avec du lait stérilisé.

La Société Materna, ayant pour but de créer une ou plusieurs crèches internes ou externes, a été fondée en octobre 1897 et inauguré sa première institution le jour de Noël de la même année, sous le haut patronage de S. M. la reine Elisabeth. Elle a été reconnue d'utilité publique en 1898 et en 1899 elle a inauguré la seconde division de son institution sous le haut et actif patronage de S. A. R. la princesse Marie de Roumanie, qui est la présidente d'honneur de la société Materna. Tous les enfants de cette institution sont nourris au sein, chaque enfant par une nourrice. A partir de l'âge de 6 mois, il commence à prendre du lait bouilli de buffle, donné à la cuillère, mais jamais au biberon.

Une crèche externe a été annexée à la manufacture de tabac de Bucarest, où 2.000 ouvrières sont occupées, dans le but d'hospitaliser pendant le jour les enfants de ces ouvrières.

1. Nous disons crèche interne, puisque les enfants peuvent y séjourner jour et nuit.

Les dames des villes de province, telles que Braïla et Galatz ont imité bientôt celles de Bucarest et y ont créé des institutions pareilles à la Materna. En Moldavie, à Iassy l'éphorie Saint-Spiridon s'en occupe ; à Craïova, c'est l'éphorie « Madona-Dudu » qui donne l'assistance aux enfants pauvres, qu'elle fait élever chez des nourrices à domicile. Les médecins sont entrés en campagne, font des conférences, des publications, fondent des consultations de nourrissons, non seulement dans les hôpitaux d'enfants, mais aussi dans les hôpitaux d'adultes. Le Dr Costinesco, médecin de la polyclinique « Reine Élisabeth », donne des consultations pour les enfants du premier âge, et leur distribue du lait stérilisé pendant les mois d'été, lorsque les épidémies de gastro-entérite font le plus de victimes parmi ce petit monde. Les doctoresses de la société « Sprijinul » vulgarisent par des conférences populaires, par des publications, les principes de la puériculture ; elles ont fondé des colonies de vacances, dont profitent un grand nombre d'enfants. Enfin, la société « Cultura si Ajutorul femeii » se propose de créer dans tous les quartiers de la ville, des crèches ou asiles de jour pour les enfants pauvres des servantes ou des ouvrières.

CHAPITRE III

ŒUVRES D'ASSISTANCE MATERNELLE ET INFANTILE

Jamais les œuvres d'assistance n'ont attiré tant d'encouragements, de sympathies et de concours, qu'à l'heure actuelle en France.

Deux anciens présidents de la République française, M. Casimir Périer et Émile Loubet, après avoir résigné la plus haute des magistratures, ont tenu à présider aux destinées de ces œuvres.

Quel exemple plus grand de haute moralité, que de voir ces deux hommes d'État, descendus volontairement du Pouvoir, apporter à l'œuvre sociale le concours de leur activité et trouver qu'il ne saurait y avoir pour eux meilleure façon de servir leur patrie !

Mais aussi, quel réconfortant spectacle que celui que procure la création et le développement des associations, des comités, des sociétés, qui sous titres divers, ont pour but commun de rechercher les misères et de secourir par les moyens les plus ingénieux et les plus

efficaces, depuis l'enfant à sa naissance, jusqu'au vieillard au déclin de la vie !

Parmi ces œuvres d'assistance, celles destinées aux femmes pendant la période de puerpéralité, sont assurément les plus importantes et aussi les plus intéressantes.

La femme enceinte a droit à l'assistance de ses semblables, car elle est faible doublement : comme femme d'abord, comme mère ensuite, parce que sa grossesse et sa maternité la privent de sa force physique, et aussi de l'énergie dont elle a besoin pour faire face aux difficultés de l'existence.

La vie de l'enfant dans le sein de sa mère est trop souvent menacée, détruite par les conditions où la mère se trouve placée. L'avortement guette la femme enceinte. Tantôt il surviendra en dehors de toute provocation intentionnelle, tantôt il est le résultat de manœuvres criminelles. La statistique a bien essayé de se rendre compte de ces grossesses avortées, de ces enfants périssant avant d'être viables : elle n'a pas su et ne saura jamais nous fixer à ce sujet. Il est plus aisé de dresser un tableau statistique des enfants qui, nés au terme de la grossesse, viennent au monde sans vie, mort-nés comme on les appelle.

Cette morti-natalité est considérable dans toute l'Europe. Terrible déchet qui, pour la France entière, où la natalité est d'environ 850.000 par an, donne le chiffre effrayant de 60.000 mort-nés ! Pour y remédier il faut en tout premier lieu donner assistance à la femme enceinte.

Nous devons éviter ces avortements, cette morti-natalité, ces accouchements prématurés, en procurant à la femme enceinte la tranquillité et le repos qui lui permettront de mener sa grossesse à terme. Il est non moins important d'assister la femme pendant l'accouchement pour éviter, autant que possible, tout accident à ce moment-là, ainsi que pendant les jours qui le suivent.

Il importe, en effet, qu'il ne survienne chez les femmes ni des infections utérines qui peuvent les emporter ou compromettre leurs maternités futures, ni des affections mammaires qui, en empêchant l'allaitement, font courir de grands risques aux enfants.

Le nouveau-né lui-même doit être particulièrement surveillé, afin d'être mis à l'abri des infections ombilicales ou autres qui déterminent trop souvent sa mort, des conjonctivites purulentes qui sont des causes trop fréquentes de cécité, etc.

L'assistance maternelle et infantile est pratiquée selon les cas, soit au domicile de la mère, soit au contraire dans un établissement hospitalier.

Assistance à domicile.

Ce genre d'assistance convient parfaitement à la femme mariée, qui a un foyer, une famille, un mari et des enfants. La femme mariée peut, en effet, trouver à son domicile, si on lui prête assistance, des soins suffisants pour que son accouchement se fasse dans d'excellentes conditions, au point de vue médical. Nous

ferons cependant une exception, pour les dystocies et les cas anormaux, pour lesquels l'hôpital seul, avec le matériel perfectionné dont il dispose, permettra certaines interventions.

Nous aurons à envisager : d'abord des œuvres de bienfaisance privée, puis les œuvres de l'Assistance publique. Les premières ont ici une plus grande importance, vu le caractère intime et familial de cette protection.

I. — Œuvres privées. — Voici les plus intéressantes d'entre elles :

Les Mutualités maternelles. — La Mutualité maternelle de Paris a été fondée en 1897 par M. Brylinsk et Félix Poussineau. Elle a pour but de « donner aux sociétaires, lorsqu'elles sont en couches, une indemnité suffisante pour qu'elles puissent s'abstenir de travailler pendant quatre semaines, et pour leur permettre de se soigner, et de donner à leur enfant les soins qu'il réclame pendant les premières semaines qui suivent la naissance ». Les patrons et des personnes bienfaisantes établissent un premier fonds et les ouvrières payent une cotisation annuelle de 3 francs. Grâce à cela, quand elles accouchent, elles reçoivent les soins d'un médecin ou d'une sage-femme, et pendant un mois, elles touchent une indemnité hebdomadaire qui est de 12 francs. Quand, après quatre semaines, la mère apporte au siège de la Société son enfant qu'elle allaite, elle reçoit de plus une prime de 10 francs. Qu'en résulte-t-il ? C'est qu'il ne meurt pour ainsi dire plus d'enfants pendant le premier mois et le contrôle est facile, puisque les fem-

mes présentent leur nouveau-né après vingt-huit jours. Il en succombe ensuite très peu.

De 1892 à 1905, sur 3.689 accouchements faits par la Mutualité de Paris, il y a eu 244 décès pour la première année, soit une mortalité infantile de 6,88 0/0. On remarque d'ailleurs que 2.989 enfants, c'est-à-dire 81 0/0, sont élevés au sein par leur mère, et 700, soit 17 0/0, sont élevés au biberon.

En résumé, la mortalité du premier mois a été presque supprimée et la mortalité de la première année a considérablement diminué.

D'autres mutualités maternelles, conçues sur le même plan, existent dans plusieurs villes de province.

La Mutualité maternelle de Vienne (Isère), fondée en 1894 sur l'initiative de M. Francisque Bonnier, donne aux sociétaires, moyennant une cotisation de 3 francs par an, une prime de 12 francs par semaine pendant quatre semaines à partir de l'accouchement.

Elle accorde en outre des primes d'allaitement de 20 francs après le troisième mois, et de 5 francs après le sixième mois.

La Mutualité maternelle de Lille donne aux sociétaires, moyennant une cotisation mensuelle de 0 fr. 75, 0 fr. 50 ou 0 fr. 75, une indemnité de 18 francs, 15 francs ou 12 francs par semaine, pendant les quatre semaines qui suivent l'accouchement, plus une prime d'allaitement de 20 francs, 16 francs ou 14 francs.

La Mutualité maternelle de Damnarie-les-Lys, fondée en 1894, demande seulement à ses adhérentes une cotisation de 5 francs par an.

La Mutualité maternelle de Saint-Étienne accorde à ses sociétaires, moyennant une cotisation de 6 francs par an, une prime de 12 francs par semaine pendant quatre semaines, plus 5 francs par mois pendant quatre mois si elles allaitent.

Les mutualités maternelles ont résolu de continuer pendant plus longtemps leurs encouragements aux mères qui allaitent et de fonder des consultations de nourrissons où les médecins pèsent les enfants et dirigent leur hygiène alimentaire ; on les surveille ainsi pendant dix-huit mois. Les statistiques de 1905, données par les médecins de ces consultations dans le département de la Seine et publiées tout récemment par M. Félix Poussineau, montrent que sur 1.377 enfants nés vivants et viables, 1.200 ont été nourris au sein par leur mère ; cela donne une proportion de 87 0/0, proportion considérable dans ces milieux ouvriers où l'on estime en général que les mères, de par leur situation sociale, sont dans l'impossibilité d'allaiter leurs enfants.

De tous les côtés, par conséquent, les consultations de nourrissons s'adaptent à d'autres institutions qu'elles complètent.

L'Association des Dames Mauloises est certainement une des plus intéressantes et une des plus utiles. Afin de réaliser le double but de la puériculture intra-utérine, repos et bonne hygiène de la mère, mise à l'abri grâce à certaines précautions d'accidents possibles pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, et comme conséquence résistance plus grande de l'enfant à naître, le Dr Pecker a créé dans son vil-

lage, de Maule (Seine-et-Oise), une société de dames sous le nom d'Association des Dames Mauloises.

Fondée en 1898, cette œuvre a pour but de réaliser d'une façon complète l'assistance à la femme en couches.

La femme enceinte est secourue un mois avant son accouchement. Pour l'accouchement lui-même, elle est assistée par des gardes de bonne volonté, ou Sœurs de la maternité, qui la familiarisent avec les notions d'hygiène. Des gardes-malades payées la remplacent dans les soins du ménage.

Un matériel obstétrical, comprenant des antiseptiques, des objets de pansement (bassin, cuvettes, bock à injection avec canule de verre), du linge, est prêté pour le même moment. Une layette complète est fournie pour l'enfant.

Des œuvres analogues existent au Havre, à Saint-Rambert (Rhône), à l'Isle-Adam, à Briey, à Issy-les-Moulineaux.

Nous étudierons plus particulièrement cette dernière :

L'*Union maternelle d'Issy-les-Moulineaux* a pour but de secourir à leur domicile les femmes de cette ville, qui sont principalement des ouvrières d'usine. La mère nécessiteuse est aidée pécuniairement, ou de préférence par des dons en nature, à la fin de sa grossesse et pendant ses couches. Un matériel obstétrical et du linge sont prêtés pour le moment de l'accouchement. Mais cette assistance maternelle est variable pour chaque femme et proportionnée à ses besoins particuliers ; de telle sorte que si certaines mères, très pauvres, reçoivent des secours importants, d'autres, qui sont dans

une situation presque aisée, ne réclament qu'une aide minime. Toutes profitent par contre de l'appui moral apporté par les dames visiteuses de l'œuvre, qui vont leur prodiguer leurs conseils et leurs encouragements, réalisant ainsi, à proprement parler, l'union de toutes les mères.

La *Société de charité maternelle*, fondée en 1784 par Mme de Fougeret, et reconnue d'utilité publique depuis le 25 juillet 1811, a pour objet « d'assister à domicile les mères pauvres en couches, les seconder dans les premiers soins à donner aux nouveau-nés, empêcher l'abandon des enfants légitimes à l'hospice des Enfants-Assistés, en les préservant de tous les maux qu'entraîne la privation de secours dans les premiers instants de la vie ». Il s'est organisé en province de nombreuses sociétés semblables, celle de Paris a distribué, en 1904, des secours pendant dix mois à 1.837 femmes. Elle avait demandé à M. Budin de l'aider à installer pour elle des consultations de nourrissons, dans les différents quartiers de la ville. Plusieurs fonctionnent déjà.

L'Œuvre d'assistance maternelle et infantile de Plaisance. — Fondée par Mlle Chaptal, cette œuvre possède une série d'organismes appropriés à tous les stades de la puerpéralité. Une consultation pour les femmes enceintes permet de suivre la grossesse, de donner les soins nécessaires et d'adresser à temps les cas difficiles et nécessitant une intervention sérieuse à un service hospitalier. Les derniers mois de la grossesse sont améliorés par la fourniture de travail à domicile. Pour

l'accouchement, une sage-femme en est chargée et soigne ensuite l'accouchée. Tout ce qui est nécessaire (linge, médicaments, objets de pansement) est fourni par la Ligue Française des Mères de famille. Des gardes instruites à cet effet sont mises à demeure auprès des accouchées. Après l'accouchement, l'assistance est réalisée par des consultations gynécologiques, des distributions d'aliments aux mères qui nourrissent, du travail à domicile pour ces mêmes femmes, et une amélioration de leurs conditions d'hygiène.

La *Ligue française des mères de famille.* — Fondée en 1900 par Mme la Dsse Edwards-Pilliet, cette œuvre possède dans les mairies des différents arrondissements de Paris des coffres contenant du linge et des objets de pansement, qu'on prête au moment de l'accouchement aux mères à secourir, désignées par les inspectrices.

L'*Œuvre de la mère.* — On peut considérer cette œuvre comme une sorte d'échelon intermédiaire entre l'assistance à domicile et l'hospitalisation en commun dans les maternités, car elle n'assiste pas les mères à leur domicile même, mais chez des sages-femmes. Elle consiste à placer les femmes enceintes sans domicile, particulièrement celles qui n'ont pas de famille, chez des sages-femmes, non pas dans les pays même où elles habitent mais à proximité. Ces femmes peuvent passer là les derniers mois de leur grossesse et leur accouchement, sans être exposées aux sarcasmes qui, surtout en province, les accablent trop souvent.

L'*Association des femmes en couches de Mulhouse* a été fondée au mois de juillet 1866 par Jean Dollfus ; elle

donne une indemnité aux ouvrières qui travaillent habituellement dans les fabriques ; la mortalité des enfants nés des femmes secourues est beaucoup moindre que celle de la population ouvrière de la ville.

L'*Œuvre de la Maternité*, fondée à Nancy en 1890 par le professeur Alphonse Hergott, la *Société protectrice de l'enfance* dite à Paris *Société Marjolin*, la *Société d'allaitement maternel*, le *Patronage des enfants en bas âge de Levallois-Perret*, la *Société de bienfaisance israélite*, etc , encouragent par tous les moyens l'allaitement maternel.

II. — *L'Assistance publique.*

Secours de grossesse. — A Paris, des secours de grossesse sont distribués par les bureaux de bienfaisance sur un crédit spécial de 100.000 francs voté par le conseil municipal, sur la proposition de M. le sénateur P. Strauss. Ils sont destinés aux femmes enceintes, non hospitalisées et hors d'état de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Consultations pour les femmes enceintes. — Dans les différents services d'accouchement de Paris ont été créées des consultations pour les femmes enceintes non hospitalisées. On y prévoit la parturition difficile par rétrécissement du bassin, par présentations vicieuses, par tumeur, etc., on y soigne les affections de la grossesse, albuminurie, syphilis, etc. On évite aussi l'apparition des accidents graves tels que l'éclampsie pour la mère, la mort prématurée pour le fœtus. La fréquentation de

ces consultations gratuites pour femmes enceintes est indispensable. Pour obliger les femmes nécessiteuses à les suivre, on devrait exiger d'elles, ainsi que l'a dit M. Maygrier, au récent congrès d'Assistance de Reims : « Que toutes les fois qu'elles sollicitent un secours quelconque de grossesse, un certificat médical attestant qu'elles s'y présentent régulièrement. » Il faut multiplier ces consultations et en créer dans les villes et les campagnes où il n'en existe pas encore. Elles doivent être ouvertes à des heures où les femmes puissent les suivre en dehors de leur travail, dans la soirée par exemple.

Assistance à domicile des femmes et des enfants au moment de l'accouchement, par l'Assistance publique. — Les sages-femmes du bureau de bienfaisance vont assister à leur domicile les femmes pauvres, qui désirent ne pas quitter leur foyer, leur mari et leurs enfants. En cas de besoin, le médecin du bureau de bienfaisance est demandé près d'elles et si la situation est trop difficile, les femmes sont transportées dans une maternité.

Secours d'allaitement. — Enfin, des secours d'allaitement sont accordés : soit par l'administration centrale de l'Assistance publique, lorsque la mère n'habite pas avec le père de l'enfant ; soit par les bureaux de bienfaisance dans le cas contraire. Dans le premier cas, la mère reçoit de 20 à 35 francs par mois si elle nourrit au sein, de 15 à 25 francs si l'enfant est au biberon, et cela pendant deux ans ; dans le second cas, elle reçoit de de 10 à 25 francs par mois, pendant un an et seulement si elle allaite elle-même.

B). — **Assistance par hospitalisation.**

Ce genre d'assistance convient surtout à la femme isolée, qu'elle soit fille, veuve, divorcée ou abandonnée par son mari. Celle-ci n'a quelquefois pas de domicile et en tout cas n'a pas un logis où elle soit dans des conditions suffisantes de confortable, de propreté, d'aération, pour pouvoir être bien soignée ; elle n'a surtout personne pour lui prodiguer les soins nécessaires, pour la garder, la veiller, et aussi pour lui donner un peu d'affection, d'aide morale, dont elle aura besoin aux moments douloureux.

Elle trouvera tous ces soins, aussi parfaits que possible, dans l'hospitalisation, en même temps que le secret, l'anonymat dont elle a souvent besoin, pour cacher aux yeux de tous, une maternité, que les préjugés considèrent encore comme honteuse, car illégitime. Et ceci a son importance, car que d'avortements criminels n'éviterait-on pas, si l'on pouvait assurer à toutes les filles enceintes, le secret sur leur grossesse et leur accouchement !

Nous étudierons ce mode d'assistance : avant, pendant et après l'accouchement.

I. — Pendant la grossesse

Les médecins ont montré statistiques en main, les avantages du repos à la fin de la grossesse, les enfants naissant alors plus souvent à terme, présentant un poids

plus considérable et étant plus forts, plus résistants. M. le professeur Pinard, qui s'est fait l'apôtre de ce mode de puériculture intra-utérine, a établi que le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse est supérieur d'au moins 300 grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'au jour de l'accouchement. La raison qu'il en donne est toute simple : les femmes au repos conduisent leur grossesse jusqu'au terme ; celles qui travaillent accouchent prématurément.

Aussi, on a ouvert un certain nombre d'asiles pour les femmes enceintes, leur permettant ainsi de trouver le repos qui leur est si nécessaire et le secret indispensable à un grand nombre d'entre elles. Certains dépendent de l'initiative privée ; d'autres ressortissent à l'Assistance publique.

A). — Œuvres privées.

Refuges-ouvroirs de la Société de l'allaitement maternel. — En mars 1892, s'ouvrait à Paris le refuge-ouvroir pour femmes enceintes de l'avenue du Maine, le premier refuge de France ouvert aux femmes enceintes de toutes catégories. La création est due à une grande bienfaitrice de l'humanité, M^me^ Béquet de Vienne, qui, quinze ans auparavant, avait fondé l'œuvre de l'allaitement maternel. Les deux œuvres se complètent l'une ar l'autre, puisque la mère est ainsi assistée, protégée, secourue avant comme après la naissance de son enfant. L'asile de l'avenue du Maine reçoit indistinctement toute femme

enceinte mariée, veuve ou célibataire, à qui un repos est nécessaire pendant le dernier mois de la grossesse. Aucune distinction n'est faite ni pour l'état civil, ni pour le lieu d'origine, ni pour cause de religion. On n'exige pas le nom de la femme, quand pour une raison ou pour une autre, elle tient à le garder secret. Près de 700 femmes sont admises tous les ans. En neuf années, le refuge a reçu 5.732 femmes avec 188.563 journées de présence, soit une moyenne de 34 jours par femme. La plupart viennent de la province (les quatre cinquièmes), quelques-unes sont étrangères.

L'organisation de cet asile, tout en étant très simple, n'en est pas moins très pratiquement conçue. Salle de bains, salle et cabinets de toilette spéciale, réfectoire, salle de travail, dortoir et cour, tout est convenablement agencé, sans luxe, mais très propre, et l'hygiène y est parfaite. Cette œuvre d'assistance de la femme enceinte, créée tout d'abord en vue de la mère pauvre, sans domicile ou abandonnée, ne tarda pas à être reconnue comme une œuvre de bonne puériculture, puisque les enfants de ces femmes recueillies et abritées viennent au monde dans des conditions de développement, de santé, de poids et de résistance autrement avantageuses que ceux des femmes qui n'en ont point profité.

C'est à M. le professeur Pinard que revient l'honneur d'avoir fait cette constatation, sur près de 5.000 observations recueillies au Refuge de l'avenue du Maine, de l'avoir répandue dans le public et d'avoir fait admettre par tous cette vérité, que tant que l'on ne s'occupera pas

de la femme enceinte, l'enfant ne sera pas suffisammen protégé.

Le succès de cet établissement a été très rapide. Aussi la Société de l'allaitement maternel en a ouvert un second, en octobre 1904, 9, rue Jean-Baptiste Dumas.

L'*Asile Saint-Michel* fondé, 177, rue Saint-Jacques, en 1858, par un ancien médecin, l'abbé de Missol, a pour but de procurer un abus momentané et des moyens de réhabilitation aux victimes d'une première faute. Les hospitalisées paient une pension de 2 francs par jour. L'œuvre leur donne les soins physiques et moraux dont elles ont besoin. Elle se charge s'il est nécessaire, de placer l'enfant en nourrice; si après le sevrage, la mère ne peut nourrir son enfant, l'œuvre le recueille à son orphelinat d'Antony.

L'*Asile Sainte-Madeleine* a été fondé en 1865 par M^me^ de Bryode. Il renferme 100 lits, et plus de 11.000 femmes enceintes ont été recueillies depuis sa fondation. Il ne reçoit que des filles-mères, dans le sixième mois de leur grossesse, moyennant le paiement d'une pension de 30 francs par mois. Les femmes indigentes sont admises gratuitement.

L'*Asile-ouvroir de la Société philanthropique de Paris*, ouvert depuis plusieurs années à la rue Saint-Jacques, n° 177, reçoit les femmes enceintes dans les derniers jours de leur grossesse, alors qu'elles attendent d'heure en heure leur accouchement, et que les Maternités bondées ne peuvent encore les recevoir.

L'*Asile temporaire de la Maison de la Mère*, 6 *bis*, rue de l'Abbé Grégoire, accueille les femmes enceintes

à toutes les époques de la grossesse. Elle ne les y hospitalise pas définitivement, mais les garde jusqu'au moment où on leur a trouvé une place dans un des asiles existants. L'intérêt que présente cet asile consiste en ce qu'il recueille sans la faire attendre et sans aucune formalité toute femme enceinte qui se présente.

Il existe aussi en province, des asiles pour recevoir les femmes enceintes.

A Lyon : L'*Œuvre de la Samaritaine* a été fondée en 1891 par M. de Sabran. Elle ne reçoit que les « filles-mères, victimes d'une première faute », et leur offre un asile pendant la grossesse et les recueille à nouveau après leurs couches au sortir de l'hospice, jusqu'à leur complet rétablissement. Cette œuvre n'admet que les personnes qui s'engagent à reconnaître et à élever leurs enfants. M. H. Sabran constate que depuis 1891, date de l'ouverture de la Samaritaine, les infanticides ont notablement diminué dans le département du Rhône ; et il en conclut que cette diminution est due en grande partie à l'assistance qu'y ont reçue plus de 1.500 filles-mères.

A Bordeaux: L'*Œuvre de Saint-Raphaël*, fondée en 1898 par le Dr Lefour et le vicomte de Pelleport-Burète, reçoit les femmes enceintes victimes d'une première faute ou abandonnées. Ces femmes peuvent être admises à n'importe quel moment de leur grossesse ; elles font leurs couches dans la maison et y demeurent ensuite le temps nécessaire à leur complet rétablissement. Le secret le plus absolu sur leur nom, leur origine, leur famille leur est assuré.

A Mantes : L'*Œuvre du travail réparateur* a été fondée en 1880 par M. Laënnec et Mme Lebreton. Elle admet les filles au début de leur grossesse, les reçoit après l'accouchement avec leur enfant, s'occupe de la mère et de l'enfant, et prolonge son action pendant de longues années.

Maternités Boucicaut. — Au nombre de trois, situées à Roubaix, à Mont-Saint-Aignan et à Chalon-sur-Saône, elles prennent les femmes non mariées à leur première grossesse.

B). — L'Assistance publique.

Depuis longtemps, des lits étaient réservés dans quelques services aux femmes enceintes malades ou non. Il en était ainsi à la Maternité de Paris et à la clinique d'accouchement de la Faculté. Le nombre de ces lits a été augmenté et il en a été créé d'autres dans les nouvelles maternités.

A Paris, l'administration municipale fondait dès 1890, grâce à des donations particulières, un, puis deux refuges-ouvroirs pour femmes sans travail et sans asile, avec ou sans enfants, enceintes ou non. Ce sont les refuges Pauline-Roland et George Sand. Ces refuges furent vite envahis, et comme la moitié des femmes qui venaient y chercher asile étaient des femmes enceintes, le conseil municipal, instruit par les bienfaits de l'Asile de l'avenue du Maine, décida le 7 mars 1890, sur une proposition de M. Paul Strauss, la création d'un grand asile-dortoir pour les femmes enceintes arrivées au dernier mois de la grossesse. Ce fut :

L'*Asile Michelet.* Celui-ci est situé 235, rue de Tolbiac et renferme deux cents lits, qui sont presque toujours occupés. Dans l'espace de six ans (1893-1899) il a abrité 10.055 femmes, avec une durée moyenne de séjour de vingt-cinq jours pour chaque femme. L'asile Michelet reçoit toutes les femmes enceintes à partir de sept mois et demi de grossesse, quels que soient leur état civil, leur religion ou leur lieu d'origine. Les filles-mères y dominent, puisque, sur 10.055, elles atteignent à elles seules le chiffre de 8.335, plus de quatre cinquièmes. Les Parisiennes y viennent moins que les provinciales (1 pour 5) ; les étrangères y comptent pour un seizième, les domestiques, les couturières et les journalières sont de beaucoup les plus nombreuses. Elles peuvent comme dans les maternités, ne point donner leur nom ; le secret est ainsi assuré pour elles. Le travail y est facultatif et rétribué.

II. — Pendant l'accouchement

A). — Bienfaisance privée.

La bienfaisance privée tient ici un rôle moins important que l'assistance publique, ce qui s'explique facilement, vu les ressources plus faibles dont elle dispose. L'accouchement est pratiqué dans un certain nombre d'institutions dont nous avons parlé au paragraphe précédent : œuvre de Saint-Raphaël, l'asile Sainte-Madeleine, l'œuvre de la Samaritaine, l'œuvre du Travail

réparateur, l'œuvre bordelaise de Saint-Raphaël, les Maternités Boucicaut.

B). — L'Assistance publique.

L'assistance publique assiste les femmes en couches en les admettant dans les Maternités ou en les recevant au domicile des sages femmes agréées. Celles-ci ne reçoivent pour les accoucher, que les femmes chez lesquelles tout semble devoir se passer normalement. Les parturientes sont installées dans des chambres particulières. Des accoucheurs des hôpitaux sont chargés de la surveillance de ce service ; c'est à eux qu'on fait appel lorsqu'il survient une difficulté au moment de l'accouchement. Mais si à Paris il y a à présent onze services de femmes en couches, remarquablement organisés, en province les services des maternités laissent beaucoup à désirer, comme nombre surtout. Voici ce que M. Maygrier a dit à ce sujet, au récent congrès de Reims : « Il y a lieu de créer en province où elles manquent le plus, des maternités largement ouvertes, et installées suivant les règles hygiéniques d'isolement, les plus parfaites, maternités qui pourraient être adjointes aux hôpitaux déjà existant ou en voie de création et où les parturientes recevraient les soins médicaux aussi longtemps qu'elles ou leurs enfants en auraient besoin. »

Notons aussi que, si aucun renseignement sur leur état civil n'est exigé des femmes qui viennent demander asile aux hôpitaux de Paris, il n'en est pas de

même dans la plupart des villes de province, où les commissions administratives sont souvent retenues par la crainte de voir leurs établissements envahis par des femmes étrangères à leur circonscription.

Or, la nécessité du secret est impérieuse dans certains cas, chez la femme adultère par exemple, chez les femmes qui ont à conserver une position, leur considération personnelle et l'honneur de leur famille. Sans le secret, le désespoir arrive facilement, et la vie de l'enfant est gravement menacée.

III. — Après l'accouchement

A). — Bienfaisance privée.

L'Asile maternel de la Société philanthropique. — Cet asile créé en 1886 est situé 201, avenue du Maine, contient 31 lits. Il reçoit les femmes à leur sortie de la Maternité et les garde en général une dizaine de jours. Il accueille surtout les filles-mères, qu'on s'efforce ensuite de placer, elles et leurs enfants.

La Pouponnière de Porchefontaine, près de Versailles, où des enfants que leurs mères ne peuvent nourrir, sont élevés au sein d'abord, puis à l'allaitement mixte et très attentivement surveillés sous la direction du Dr Ramoyndi, a obtenu de très beaux résultats. En créant cet établissement Mme Charpentier fit une véritable école de puériculture, car les nourrices y reçoivent journellement des conseils d'hygiène infantile qu'elles répandront à leur sortie de la Pouponnière.

Les Dispensaires pour enfants, créés sur le type indiqué par le Dr Gibert (du Havre) se sont adjoint, eux aussi, des consultations de nourrissons qui donnent les meilleurs résultats, lorsqu'on y encourage l'allaitement maternel.

Les Crèches, dont la première fut fondée en 1844 par M. F. Marbeau, sont des établissements de charité, municipale ou privée, destinées à recevoir les enfants en bas âge le jour pendant l'absence forcée de leurs mères qui travaillent, à leur prodiguer pendant ce temps les soins convenables, et à les rendre à leurs parents à la fin de la journée.

Elles reçoivent les enfants depuis l'âge de 15 jours jusqu'à l'âge de 3 ans. Cette institution n'eût pas, à ses débuts, d'adversaires plus fougueux qu'Émile de Girardin et Hippolyte Carnot. La crèche pour eux ne favorisait rien moins que la destruction du lien familial, en détournant la mère de sa mission sacrée. A quoi le baron Daru et Thiers répondaient que nécessité fait loi, et que le meilleur moyen de protéger le foyer, c'est d'aider l'ouvrière à concilier son devoir maternel et l'obligation de gagner sa vie en travaillant. Et ils avaient raison, car elles rendent de grands services, en particulier aux ouvrières d'usine. Les mères sont autorisées à quitter leur travail, pour aller donner le sein à leur enfant, une fois dans la matinée, et une fois dans l'après-midi. Comme elle le fait d'abord avant de les y déposer le matin, puis à midi à l'heure du déjeuner et le soir quand elles rentrent chez elles, l'allaitement au sein n'est nullement interrompu. Dans un

certain nombre de crèches, une fois par semaine, à une heure fixée, le médecin pèse l'enfant lorsque la mère vient le chercher ; il peut ainsi donner à celle-ci les conseils nécessaires.

La consultation de nourrissons s'adapte de la sorte à la crèche qu'elle complète. Le ministre des Finances, en France, a organisé des crèches qui fonctionnent ainsi dans les manufactures de l'État. De plus, des secours y sont accordés pendant quelques mois aux femmes qui donnent le sein. Des crèches ont été fondées presque partout depuis soixante ans, et non seulement en France, mais à l'étranger : en Amérique, au Japon et en Chine. Le département de la Seine en compte une centaine, et elles sont au nombre de 340 environ dans les autres départements, qui n'en possédaient que 250 il y a vingt ans. La Société des Crèches dirigée par M. Marbeau, fils du fondateur, et certaines initiatives particulières ont fait beaucoup pour propager l'institution, soutenir les crèches existantes et les perfectionner. On cite parmi les mieux organisées : la crèche Brière à Rouen ; au Havre la crèche Raymond Lerch, et à Paris la crèche Furtado Heine.

Deux autres crèches dirigées celles-ci par des religieuses : la crèche de Maisons-Laffitte et celle d'Hippolyte Noir, à Rethel (Ardennes), peuvent rivaliser avec les autres.

La plupart des crèches doivent leur organisation et les ressources dont elles subsistent à de grands industriels, qui estiment n'être point quittes envers les mè-

res qu'ils emploient, en rétribuant leur travail. Il faut espérer que leur exemple sera suivi.

b) *L'Assistance publique.* — Il existe à Paris, deux asiles de convalescence pour les femmes en couches. Ce sont :

L'Asile Ledru-Rollin, créé à Fontenay-aux-Roses, en 1892, par le Conseil municipal de Paris. Il compte cinquante et un lits et cinquante et un berceaux, et la durée du séjour y est fixée à quinze jours. La sage-femme fait des conférences aux mères convalescentes, pour leur apprendre ce qu'il leur importe surtout de savoir pour élever leurs nourrissons.

L'Asile national du Vésinet possède un quartier spécial des mères nourrices, dans lequel il reçoit chaque année de 600 à 700 femmes accouchées dans les hôpitaux de Paris, ou chez les sages-femmes de l'Assistance publique.

Des services dits de crèche, destinés à recevoir les mères qui nourrissent, soit quand leur enfant n'est pas bien portant, soit quand elles sont elles-mêmes malades, existent dans quelques hôpitaux de Paris. Ces services devraient être multipliés, car ils permettent de ne pas séparer les nourrissons de leurs mères.

Un Pavillon dit des enfants débiles est ouvert à la Maternité, depuis 1894 et recueille les enfants nés prématurément.

* * *

Nous venons de donner un aperçu forcément très

bref, des principales institutions, ayant pour but commun, l'assistance maternelle et infantile.

Mais cette assistance doit chercher à s'adapter aux besoins particuliers, de chacune des femmes auxquelles elle s'adresse ; chose impossible à réaliser entièrement, par une seule œuvre, si parfaite qu'elle soit.

Aussi pensons-nous qu'il est possible d'obtenir une action plus efficace, en groupant plusieurs conditions de bienfaisance, qui créées dans des buts différents, se complètent mutuellement ; en combinant les ressources qu'offrent l'Assistance publique et la Bienfaisance privée.

La ligue contre la mortalité infantile peut jouer un rôle très important, en concentrant tous les efforts, en établissant un lien entre toutes ces œuvres, qui doivent se prêter un mutuel appui.

CHAPITRE IV

ENSEIGNEMENT ET VULGARISATION DE LA PUÉRICULTURE

I). — Conférences et cours de puériculture. — Depuis douze ans, en France, l'enseignement officiel et particulier de l'hygiène infantile a fait de notables progrès. Un nom doit dominer celui de tous ceux qui ont propagé cet enseignement en France : c'est celui du professeur Budin.

Ses leçons professées à la Faculté de médecine, ses conférences soit dans les congrès, soit dans les sociétés d'enseignement populaire, sont connues de tous. Avec une ardente conviction et un dévouement sans bornes (puisque c'est en allant à Marseille vulgariser l'hygiène infantile qu'il a succombé), il a donné une impulsion considérable à cet enseignement. Allant partout et dans tous les milieux, il propagea les conseils excellents d'un savant, d'un observateur parlant de sa propre expérience, en des termes qui étaient toujours compris, même d'un auditoire populaire.

M. le professeur Pinard, de son côté, a été le propagateur de ces refuges-ouvroirs qui tiennent une place si importante dans la puériculture intra-utérine. Il a, dans des conférences faites aux élèves de certains cours supérieurs des écoles communales de la ville de Paris, professé ses idées. Développant le vieil adage : le lait de la mère appartient à l'enfant, vérité incontestable dont chacun de nous est convaincu, il a, en outre, donné avec une grande clarté, et avec la plus extrême simplicité, des conseils qui sont certainement restés dans l'esprit de son auditoire. Il a publié (1) un petit livre très clair, très simple, qui contient tous les renseignements nécessaires, depuis la manière d'habiller l'enfant, jusqu'à la façon de le nourrir.

M. le Dr Variot, depuis un grand nombre d'années, tant dans ses leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, qu'à la goutte de lait de Belleville et dans des conférences organisées par la ville de Paris, a initié un grand nombre de médecins, d'étudiants et de mères aux difficultés de l'hygiène infantile.

D'autres médecins ont propagé les notions de la puériculture. Il nous faut mentionner plus particulièrement MM. les Drs Boissard, Demelin, Marfan, Mery, Bresset, Dufour (de Fécamp), Ausset (de Lille), Raimondi, H. de Rothschild, Devraigne, Aviragnet, Planchon, Dubrisay, qui ont été des propagandistes écoutés, les uns auprès du public médical, les autres auprès du public profane qui venait chercher dans leurs cours ou leurs confé-

1. Pinard. *La puériculture du premier âge.* Paris, 1904.

rences les conseils d'hommes et de savants expérimentés et dévoués.

Il nous fait ajouter ici, le nom du grand philanthrope, M. le sénateur Paul Strauss, qui a tant fait pour ces questions de puériculture, et dont le nom revient si souvent dans ce travail. Il fut aussi, avec le professeur Budin, l'un des fondateurs de *La Ligue contre la mortalité infantile*, laquelle créée en 1901, a pour but de parer aux dangers qui menacent les enfants du premier âge, et particulièrement en éclairant l'ignorance des mères.

La ligue prit l'initiative de faire partout à Paris, dans les préaux des écoles, des causeries sur l'alimentation des nouveau-nés. Les institutrices prévenaient les mères de famille et réussissaient le plus souvent à les persuader à venir. Il n'était pas rare de voir 700 à 800 auditrices à ces conférences.

D'autres sociétés, comme la *Mutualité maternelle*, la *Société des dames mauloises*, etc., propagent actuellement les notions d'hygiène destinées à améliorer la santé des nourrissons et conséquemment à réduire la mortalité du premier âge.

La ligue contre la mortalité infantile peut jouer un rôle très important en concentrant tous les efforts, en établissant un lien entre toutes les œuvres d'assistance qui doivent se prêter un mutuel appui.

Cependant, si excellent qu'il soit, cet enseignement théorique n'aurait pas porté ses fruits si on ne lui avait joint un véritable enseignement pratique : la *consultation de nourrissons*, « véritables écoles des mères »,

suivant l'expression si juste du Dr H. de Rothschild. L'éducation des mères s'y fait admirablement. C'est en les suivant que les étudiants en médecine et les sages-femmes s'initieront à l'hygiène alimentaire des enfants; et pour cela, il n'y aura jamais trop de consultations, annexées aux services d'accouchement, organisées dans les dispensaires, ou isolées. Les instituteurs et les institutrices pourront y prendre d'excellentes leçons de choses, qu'ils inculqueront ensuite aux enfants.

Mais ce ne sont pas seulement les mères, ce sont aussi les jeunes filles qu'il faut y amener. Au congrès d'hygiène de Bruxelles (septembre 1903) on a exprimé le vœu « que pour les jeunes filles, depuis l'école moyenne jusqu'à l'école normale et spécialement dans les écoles ménagères, il soit institué des leçons pratiques d'hygiène infantile, notamment en leur faisant suivre des consultations de nourrissons. »

Au mois de novembre suivant, on inaugurait à Bruxelles une école spéciale de puériculture fondée sur ces principes.

Certes on ne peut songer à créer une école spéciale de puériculture dans chaque commune de France; mais, toutes proportions gardées, on peut dire que cette école existe partout où fonctionne une consultation de nourrissons. Il faut souhaiter qu'on y conduise les jeunes filles, elles y apprendront leur futur rôle de mères et sauront ne pas se laisser influencer par de néfastes préjugés. Il y a cependant en France, une *École des mères*, création de Mme Moll-Weiss, qui forme des femmes aptes à remplir leur rôle de mère, et des jeunes filles sus-

ceptibles d'élever un jour des enfants selon les meilleures règles de l'hygiène. Cette institution fonctionne à Bordeaux et à Paris.

II. — Affiches et Brochures. — Depuis quelques années, la préfecture de la Seine fait afficher au moment des grandes chaleurs, les principales prescriptions de l'hygiène alimentaire des nourrissons. Ces affiches officielles, placardées avec les documents administratifs, attirent forcément l'attention, et comme elles sont signées par les membres du Comité central d'hygiène, elles tirent de leur provenance une autorité suffisante pour que leurs conseils soient écoutés par ceux qui les lisent.

Au congrès de Bruxelles, cité plus haut, on a demandé par un vote que : « Dans toutes les communes des notices sur l'allaitement et l'hygiène des nouveau-nés, en tête desquelles figure ce précepte que jamais l'allaitement artificiel ne vaut l'allaitement maternel, soient délivrées au moment du mariage et de la déclaration de naissance. »

CHAPITRE V

L'INSPECTION DES VACHERIES ET LA SURVEILLANCE DU LAIT

Nous avons vu qu'une des principales causes de la mortalité des enfants de 0 à 2 ans, était la tuberculose. Or, les recherches les plus récentes ont montré que sur douze enfants tuberculeux, six furent contaminés par le bacille de la tuberculose bovine. D'après M. Nocard (1), 5 à 6 0/0 des vaches laitières sont atteintes de la pommelière, de la tuberculose occulte de la mamelle, que seul un examen minutieux peut déceler. Le lait sécrété par des glandes mammaires tuberculeuses contient presque infailliblement des bacilles vivants ; il est donc très dangereux surtout pour les organismes jeunes ou débilités par la maladie. D'autre part, il suffit que dans une étable, il y ait eu naguère des animaux malades, pour que l'on retrouve des microbes tuberculeux un peu par-

1. Nocard. *Les tuberculoses animales et la tuberculose humaine*, 1870.

tout et notamment sur les objets qui servent à la traite.

La propreté et l'hygiène des étables, l'alimentation des vaches, la récolte du lait devraient être donc surveillées avec une grande sévérité.

Les maires devraient être autorisés à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'inspection des vacheries et la surveillance du lait afin que l'on ne puisse délivrer sous ce nom un liquide, qui non seulement n'est pas nourrissant, mais encore est dangereux.

En effet, le lait de vache qui devrait contenir à peu près 870 parties d'eau pour 1000, 40 de beurre, 50 de lactose et 40 de caséine et sels réunis, est malheureusement loin d'avoir toujours cette composition dans le commerce. Outre les souillures qu'il subit trop souvent au moment de la traite, il passe par de nombreux intermédiaires et est fréquemment altéré par des manœuvres frauduleuses dont les deux plus communes sont l'écrémage et le mouillage.

Il n'est pas rare que le beurre soit enlevé dans des proportions considérables, ce qui fait perdre au lait une de ses principales qualités nutritives. Pour n'en citer qu'un exemple, dans le département du Nord, où la mortalité infantile est si grande, les statistiques des analyses de lait publiées par M. Staès-Brame, directeur du bureau d'hygiène de Lille, témoignent du degré incroyable que peut atteindre la fraude.

C'est ainsi que les analyses du mois de mars 1900, citées par M. Budin (1), ont démontré que le lait écrémé

1. Budin. *L'obstétrique*, janvier 1903, p. 13.

à la turbine arrivait à ne contenir que 4 grammes et même 2 grammes 5 de beurre par litre !

Quant à l'addition d'eau, elle est plus néfaste encore, car cette eau souvent impure, contaminée, peut servir de véhicule à des microbes malfaisants.

Il serait cependant facile de découvrir ces fraudes : l'écrémage à l'aide du centrifugeur du professeur Gerber de Zurich ; le mouillage à l'aide de la cryoscopie.

Malheureusement à l'heure actuelle en France, il n'existe aucune loi visant de façon toute spéciale la protection du lait depuis l'étable jusque chez le consommateur.

En 1904, M. Delory, député, a déposé un projet de loi qui a pour but : « La répression des fraudes dans le commerce du lait. »

Cette proposition, renvoyée à la Commission de l'agriculture, a fait l'objet d'un intéressant rapport de la part de M. Lucien Cornet, député (4 janvier 1908), dans lequel il a été formulé quelques amendements. Tel qu'il est, s'il était adopté par les Chambres, ce projet serait des plus heureux dans ses résultats et contribuerait à assurer au public un lait sain et normal.

Ce serait un acheminement vers la réalisation du vœu émis, en octobre 1905, au Congrès de laiterie :

« 1° Une législation tendant à rendre plus efficace la répression des fraudes de lait ;

« 2° Soumettre à une réglementation et à une surveillance sérieuse les producteurs, convoyeurs, détenteurs et marchands laitiers ;

« 3° Faire fixer, par une commission compétente, les

méthodes d'analyses, les compositions moyennes du lait d'une même région ;

« 4° Assurer les transports hygiéniques du lait et, autant que possible, fixer l'origine des laits livrés ;

« 5° Enfin, créer le contrôle le plus sévère des laits, la vérification constante de la production jusqu'à la consommation. »

Il est à souhaiter qu'une législation répondant au vœu émis au Congrès de laiterie en 1905, ne tarde pas à être promulguée.

Enfin, l'État devrait installer des usines de stérilisation du lait, et le faire distribuer gratuitement par les mairies sur l'avis d'un médecin; et créer des écoles de laiterie, pour arriver plus facilement à reformer les mœurs laitières.

CHAPITRE VI

LES LOIS D'ASSISTANCE ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Les lois existant en ce moment en France, et ayant pour but la protection des enfants en bas âge, comprennent trois catégories d'enfants, élevés hors de leur famille :

1° Ceux qui, appartenant à une famille plus ou moins aisée, sont placés en nourrice par les soins des parents eux-mêmes qui paient les frais de nourriture et en surveillent la marche et l'exécution.

2° Ceux qui sont abandonnés par leur famille, exposés sur la voie publique (enfants trouvés) ; remis dans les hôpitaux dépositaires, dans les bureaux de bienfaisance, dans les mairies ou préfectures (enfants abandonnés) ; ceux dont les parents sont morts (orphelins).

3° Ceux dont les parents sont déchus ou dessaisis de l'autorité paternelle en vertu de la loi de 1889, et confiés comme pupilles à l'Assistance publique (enfants moralement abandonnés).

A ces trois catégories d'enfants élevés hors de leur famille, il convient d'en ajouter deux autres, auxquelles le législateur n'a pas pensé et qui, au point de vue de l'assistance et de la protection préventives de la mortalité, méritent une sérieuse attention :

4° Les enfants en bas âge qui, abandonnés par leurs mères qui vont se placer comme nourrices, sont remis aux soins de leurs autres parents et élevés tant bien que mal par ceux-ci ;

5° Les enfants dont les mères sont obligées d'aller travailler pendant la journée, qui sont confiés momentanément à des personnes étrangères, véritablement placés en nourrice pendant ce temps, et qui rentrent dans la première catégorie.

A tous ces enfants qui vivent hors du toit familial, soit momentanément, soit d'une façon plus ou moins définitive, la Société doit une véritable protection, pour les mettre à l'abri des dangers énormes qu'entraîne leur abandon plus ou moins complet.

Ces questions préliminaires étant posées, voyons ce qui a été fait en France par les pouvoirs publics, pour assurer la protection des enfants en nourrice.

La loi Roussel. — Cette loi fut promulguée le 23 décembre 1874 et porte le nom du grand philanthrope, le Dr Théophile Roussel, qui en fut l'instigateur infatigable. La loi Roussel est tout entière dans l'article 1er ainsi conçu : « Tout enfant âgé de moins de 2 ans qui est placé moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents, devient par ce fait l'objet d'une surveillance de l'autorité

publique ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.» Cette loi ne semble plus s'adapter suffisamment aux exigences de la société moderne. Telle qu'elle a été conçue et appliquée, elle a rendu d'incontestables services, elle fut un progrès notoire sur les errements en vigueur au moment de sa promulgation. Mais elle était imparfaite, l'expérience l'a prouvé et les pouvoirs publics l'ont si bien compris, que le 3 décembre 1903, le projet de résolution suivant, qui contient en germe la revision du système actuel, était adopté par le Sénat : « M. le Ministre de l'Intérieur est invité à porter à la connaissance des Conseils généraux, le rapport de M. P. Budin, renvoyé par l'Académie de Médecine au Ministre de l'Intérieur, sur la mortalité infantile, et a recommandé aux préfets de se faire par eux-mêmes et par les inspecteurs et médecins du service des enfants assistés et du service de la protection du premier âge, les propagateurs des consultations de nourrissons, des gouttes de lait et de toutes les œuvres similaires d'assistance maternelle et de patronage des nouveau-nés. »

La loi Roussel poursuivait la protection des enfants du premier âge en prescrivant les visites du médecin-inspecteur à domicile. Malheureusement loin de toute émulation, sans pour ainsi dire, aucune sanction possible, la nourrice bonne ou mauvaise, propre ou négligée, restait la nourrice ; elle avait toujours des raisons excellentes à opposer au médecin-inspecteur. Celui-ci était, en outre, exposé à répéter fastidieusement dans chaque logis, les mêmes avis, les mêmes conseils, les mêmes observations. Et les enfants bien que légale-

ment protégés, continuaient à mourir dans une proportion que les statistiques attestent effrayantes, et la vitalité de la nation était ainsi mise en péril.

Il est donc fort à désirer que l'article de la loi Roussel, qui concerne l'inspection des nourrissons, soit modifié de façon à ce que les médecins inspecteurs soient autorisés à convoquer les nourrices une fois par mois, dans un local approprié pour la pesée et l'examen des enfants, et cela comme l'a fait remarquer M. le Dr Porak (1) tout au moins dans les circonscriptions d'inspection peu étendues et comprenant un assez grand nombre de nourrices. Les excellents résultats obtenus par le Dr Mocquot, inspecteur des enfants du premier âge à Appoigny dans l'Yonne, sont garants du bénéfice considérable qu'en retireraient les enfants protégés.

Avec le procédé ainsi préconisé, il arrive que l'attention du médecin se porte non seulement sur les pupilles de l'assistance, sur les enfants secourus et soumis à la loi de protection. Les jeunes mères accourent également, pour recevoir les conseils et les leçons du praticien. Elles bénéficieront donc elles aussi, des dispositions que la loi Roussel réservait aux seules nourrices salariées.

Diverses autres modifications de la loi Roussel, sont réclamées par les médecins de la protection des enfants du premier âge.

Ils sont tous d'accord, pour demander que le texte

1. Porak. Rapport au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 30 décembre 1903.

de la loi Roussel soit modifié de telle façon, que tout enfant, quel qu'il soit, âgé de moins de deux ans, mis en nourrice, en sevrage on en garde hors du domicile de ses père et mère ou tuteur légal, soit l'objet d'une surveillance. Les mots « placé moyennant salaire » qui se trouvent dans la loi de 1874 et qui ont permis beaucoup d'abus devront disparaître.

MM. Léon Labbé, Paul Strauss et beaucoup d'autres demandent à ce que les enfants dont les mères profitent de l'assistance à quelque titre que ce soit, national, départemental, municipal, hospitalier, n'échappent pas à la surveillance « lorsque des secours sont accordés aux femmes, avec le désir que le nouveau-né surtout en profite, on doit pouvoir s'assurer que ce but est atteint ».

Les médecins réclament encore : que les certificats de nourrices soient délivrés pas eux seuls ; qu'un enfant ne puisse pas être envoyé en nourrice à la campagne sans un certificat, indiquant qu'il est transportable ; et enfin que le paiement des nourrices soit assuré et que les enfants malades puissent rapidement recevoir des secours.

Ils demandent avant tout et surtout, l'interdiction absolue de fabriquer et de vendre des biberons à long tube si meurtriers ; les tolérer, a-t-on dit, c'est favoriser l'infanticide.

La loi pour la protection de la santé publique, promulguée le 19 février 1902, contient un article pouvant rendre de grands services. En effet, son neuvième article est ainsi conçu : « Lorsque, pendant trois années

consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune. »

La loi contre les assurances sur décès d'enfants, votée tout récemment par la Chambre des députés et le Sénat, aura comme résultat, que ces pratiques immorales et néfastes ne seront plus tolérées en France. Elles persisteront malheureusement encore dans quelques pays étrangers, où cette loi n'existe pas encore.

∴

Malgré toutes ces lois, il reste encore beaucoup à faire et en particulier pour les ouvrières pauvres et pour les femmes employées dans l'industrie.

Pendant la grossesse, il faudrait les empêcher de rester debout et leur permettre de travailler dans la situation assise, leur éviter certaines intoxications, par exemple, celles par le plomb et le tabac, et régler le nombre d'heures pendant lesquelles elles pourraient être occupées.

Une loi devrait être édictée, ordonnant avec une indemnité compensatrice, la cessation du travail pendant les dernières semaines de la grossesse, et les quatre premières après l'accouchement. On ne saurait trop s'élever, contre la nécessité et la possibilité dans la-

quelle se trouvent les femmes pauvres, de se remettre rapidement au travail après leur accouchement, afin de gagner leur vie. Comme la femme a besoin de vivre pendant ce temps, le repos obligatoire doit entraîner nécessairement l'allocation d'une indemnité à la mère.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

La cause la plus importante de la mortalité des enfants de 0 à 2 ans est la gastro-entérite, qui produit la mort de 385 enfants sur 1000 qui succombent. Elle est de plus la cause indirecte de beaucoup d'autres décès ; car les enfants affaiblis par des troubles digestifs, offrent moins de résistance aux diverses maladies qui peuvent les atteindre.

Les principaux facteurs de la gastro-entérite sont l'allaitement artificiel et l'ignorance des mères et des nourrices.

Le but à atteindre pour diminuer la mortalité infantile est donc, avant tout, d'apprendre aux femmes leur rôle d'éleveuses d'enfants, c'est-à-dire les règles de l'hygiène alimentaire du nouveau-né ; il faut par-dessus tout leur démontrer la supériorité de l'allaitement au sein et encourager celui-ci par tous les moyens possibles.

*
* *

De toutes les œuvres d'assistance maternelle et infantile employées pour arriver à ce but, la *consultation de nourrissons* apparaît nettement comme l'une des plus puissantes, et comme l'une des mieux appropriées à cette destination. On peut affirmer aujourd'hui, vu les résultats obtenus pendant ces seize années d'expériences, que les consultations de nourrissons bien faites font diminuer partout la mortalité infantile, grâce à une direction médicale incessante ; grâce aussi, aux encouragements constants en faveur de l'allaitement maternel.

Elles sont en même temps d'excellents centres d'enseignement pour les étudiants en médecine, pour les sages-femmes et à l'occasion pour les instituteurs et institutrices.

Les récents congrès d'hygiène alimentaire infantile proclament tous la nécessité de la vulgarisation de ces consultations.

Les médecins-inspecteurs chargés d'appliquer la loi Roussel devraient pouvoir créer à leur gré des consultations, et y faire venir régulièrement les enfants qu'ils ont à surveiller.

Il faut aussi, que toutes les mères secourues par l'Assistance à quelque titre que ce soit : national, départemental, municipal, ou même privé, soient astreintes à amener leurs nourrissons aux consultations. Et pour assurer la venue de toutes les mères nécessiteuses, il

suffirait comme l'a dit M. le Dr Maygrier au récent congrès d'Assistance de Reims, d'une entente avec les œuvres qui favorisent l'allaitement maternel, avec les Mutualités maternelles, avec les Sociétés de charité maternelle, d'allaitement maternel, de protection de l'enfance, avec les Crèches. Dans ces mutualités, dans ces sociétés, dans ces crèches, on ferait connaître aux mères les consultations, en les obligeant à y conduire leurs bébés.

La ligue contre la mortalité infantile peut jouer un rôle très important, en concentrant tous les efforts, en établissant un lien entre toutes ces œuvres, qui doivent se prêter un mutuel appui.

Il faut souhaiter également, qu'on y conduise les jeunes filles pour qu'elles y apprennent leur futur rôle de mères.

*
* *

Les consultations gratuites pour femmes enceintes, en permettant de reconnaître et de soigner à temps els affections de la grossesse : albuminurie, syphilis, etc., et d'éviter ainsi l'apparition des accidents graves tels que l'éclampsie pour la mère, la mort prématurée pour le fœtus ; *les Asiles ouverts largement aux femmes enceintes de toutes catégories*, en leur permettant d'y trouver le repos qui leur est si nécessaire ainsi que le secret indispensable à un grand nombre d'entre elles, rendent d'immenses services et sont d'excellents outils de puériculture intra-utérine.

Il faut donc multiplier ces asiles et consultations pour femmes enceintes et en créer dans les villes et les campagnes où il n'en existe pas encore.

∴

Les consultations de nourrissons, les mutualités maternelles, les asiles et consultations pour femmes enceintes, les crèches rendent de très grands services ; mais le mal est trop grand, et comme l'a dit M. Paul Strauss c'est à l'*État* qu'il appartient de coordonner et de développer toutes les bonnes volontés et tous les efforts C'est à l'État avec l'aide des départements et des communes, qu'il appartient d'organiser, définitivement, la lutte contre la mortalité infantile.

Il appartient en effet aux pouvoirs publics de créer des surveillances du lait dans les grandes villes, d'installer des usines de stérilisation du lait, de créer des écoles de laiterie.

C'est à l'État d'interdire, par une loi, la fabrication et la vente du biberon à long tube, si meurtrier.

Enfin c'est à l'État de protéger les femmes pauvres avant et après l'accouchement. Il reste encore beaucoup à faire à ce point de vue, en particulier pour les ouvrières employées dans l'industrie.

Pendant la grossesse il faudrait leur permettre de travailler dans la situation assise, leur éviter certaines intoxications et régler le nombre d'heures pendant lesquelles elles pourraient être occupées.

Une loi devrait être édictée, ordonnant avec une in-

demnité compensatrice la cessation du travail pendant les dernières semaines de la grossesse et comme le font en France, les mutualités maternelles. les premières semaines qui suivent l'accouchement.

Lorsqu'elle reprendra son travail on devra par tous les moyens possibles (crèches municipales, garderies de nourrissons, chambres d'allaitement annexées aux usines) leur faciliter l'allaitement au sein.

Vu : le Président de la thèse
PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

H. Abrand. — Ration alimentaire du nourrisson au sein (*Th. Paris*, 1904).

Ausset. — Hygiène alimentaire du nourrisson (*Pédiatrie pratique*, 1er mai 1903).

Balestre et Giletta de Saint-Joseph. — Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897 (Paris, 1901).

P. Bar. — Intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme et remarques sur l'intolérance que manifestent quelques enfants pour certains laits (*Bullet. de la Soc. d'Obstétrique*, 23 avril 1903, p. 189).

Bertillon. — Statistiques (*Revue d'Hyyiène*, 1902).

Binet. — L'allaitement maternel considéré spécialement au point de vue des difficultés sociales (*Th. Paris*, 1901).

Boissard et Devé. — La consultation de nourrissons à l'hôpital Tenon en 1903 (*Ann. de la Soc. Obstétr. de France*, 1904).

E. Bourgoix. — La consultation de nourrissons de l'hôpital Lariboisière (*Th. Paris*, 1906).

Bachimont. — Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine (*Th., Paris*, 1898).

Bresset. — Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel (*Annales de gynécologie*, juin 1902).

— Rapport sur le fonctionnement des dispensaires gratuits de la caisse des Écoles du VII• arrondissement. Paris, 1903.

Brunon. — L'œuvre de la goutte de lait de Rouen (*Presse médicale*, n° 85, 1905).

P. Budin. — Le nourrisson (Paris, Doin 1900).

— De la puériculture après la naissance (*Obstétrique* 15 septembre 1900).

— Des moyens de combattre la mortalité infantile (*Revue philanthropique*, 10 janvier 1902).

— Les consultations de nourrissons (*L'Obstétrique*, mai 1902).

— Réponse au Dr Szana (*L'Obstétrique*, novembre 1902).

— La mortalité infantile de 0 à 1 an. Rapport fait à la commission de dépopulation (*L'Obstétrique*, janvier 1903).

— Rapport sur les règles à suivre dans l'alimentation du premier âge. Congrès d'hygiène de Bruxelles. Septembre 1903.

— Les consultations de nourrissons. Conférence faite à la Soc. de l'internat, le 23 février 1905. Paris, Doin.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement (Paris, 1903).

Carel. — Le lait stérilisé (*Th. Paris*, 1903).

Chavane. — Du lait stérilisé (*Th. Paris*, 1893).

Colombans. — Essai d'étude sur les accidents de la suralimentation. (*Th. Paris*, 1904).

Congrès des gouttes de lait, Bruxelles, 1907.

Congrès d'Assistance, de Reims. avril 1908.

Daussy. — Ration alimentaire du nourrisson élevé artificiellement de 0 à sept mois (*Th. Paris*, 1904).

Desjeux. — L'alimentation par le lait cru chez l'enfant (*Th. Paris*, 1904).

Deval. — Les variations de la composition du lait de femme (*Presse médicale*, 1905, n° 93).

Ch. Devé. — Réflexions critiques sur la puériculture (*Th. Paris*, 1903).

Devraigne. — Les consultations de nourrissons (*Presse médicale*, 21 octobre 1905).

Dufour. — La goutte de lait de Fécamp (*Normandie médicale*, 1900).

Dunème. — Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein *Th. Paris*, 1902).

Durez. — Contribution à l'étude de la ration alimentaire des nourrissons atrophiques (*Th. Paris*, 1904).

Flour. — La consultation de nourrissons et l'allaitement maternel (*Th. Paris*, 1906).

Gasse. — L'école des mères (*Th. Paris*, 1906).

Mlle Genouy. — De la nécessité d'une direction dans l'allaitement au sein (*Th. Paris*, 1906).

HEUBNER. — Le bilan de nutrition du nourrisson (*Semaine médicale*, 1905, p. 308).

LABBÉ. — La question du lait (*Presse médicale*, 8 août 1902).

LAISNEY. — De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes (*Th. Paris*, 1903).

H. LEGRAND. — Consultations de nourrissons au domicile du médecin (*Bull. de la Soc. Obstétr. de Paris*, 19 février 1903).

M. LEGRAND. — Considérations sur l'assistance maternelle (*Th. Paris*, 1906).

LEMAIRE. — Ration alimentaire des nourrissons à l'époque du sevrage (*Th. Paris*, 1904).

LOYER. — Les émotions morales chez les nourrices et leur retentissement sur les nourrissons (*Th. Paris*, 1904).

MARFAN. — Traité d'allaitement (Paris, 1903).

Mme MARGOULIÉS. — L'œuvre de la goutte de lait (*Th. Paris*, 1903).

R. MAROIS ET Dr MOCQUOT. — Les consultations de nourrissons dans l'Yonne (Auxerre, 1907).

MAUCHAMP. — L'allaitement artificiel (Paris, 1892).

MAUREL. — Hygiène alimentaire du nourrisson (Paris, 1903).

MAYGRIER. — Les consultations de nourrissons (Paris, 1902).

— Six années de pratique d'une consultation hospitalière de nourrissons (*Ann. Soc. Obstétricale*, 1904, p. 216).

MÉRY. — Les crèches des nourrissons dans les hôpitaux d'enfants (*Presse médicale*, 1906, n° 27).

MESNIL. — Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant (*Th. Paris*, 1903).

MICHEL. — Digestibilité du lait cru et du lait stérilisé (*Obstétrique*, 15 janvier 1896).

MICHEL ET PERRET. — Ration alimentaire du nourrisson de 0 à 2 ans (Paris, 1902).

MION. — De l'importance d'une direction médicale dans l'allaitement au sein (*Th. Paris*, 1906).

MONOD. — Rapport sur les enfants assistés (1898, Paris).

MONORY. — Etude sur la mortalité infantile (*Th. Paris*, 1906).

NETTER. — Chimisme gastrique chez les nourrissons nourris au lait stérilisé.

NOCARD. — Les tuberculoses animales et la tuberculose humaine (Paris, 1830).

PARMENTIER. — La cryoscopie du lait (*Presse médicale*, 1er août 1903).

PASCAL.— La consultation de nourrissons de la rue du chemin Vert (*Ann. Soc, Obstétr. France*, 1902, p. 336).

PERRET ET PLANCHON, — Etablissement de la courbe de poids des nourrissons pendant la seconde année (*Ann. Soc. Obstétricale*, 1904, p. 71).

PEYROUX. — Consultations de nourrissons et gouttes de lait (*Sem. médicale*, 24 déc. 1902).

PINARD. — La puériculture du premier âge (Paris,1904).

PLANCHON. — Durée de l'allaitement au sein (*Obstétrique*, 15 mai 1902).

— Troubles survenus chez des nourrissons après leur sortie de l'hôpital. Moyens employés pour les combattre(*Obstétrique*, 1900).

PORAK. — Fonctionnement du service des débiles à la maternité (*Ann. Soc. Obstétric. de France*, 1902).

QUILLIER. — L'eczéma des nourrissons (*Th. Paris*, 19e2).

ROCHE. — Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite (*Th. Paris*, 1905).

M. de ROTHSCHILD. — Troubles digestifs provoqués par l'excès en beurre du lait de la nourrice (*Bull. de la Soc. d'Obstétr.*, 23 avril 1903).

M. ROUX. — De l'emploi rationnel des farines dans l'alimentation des nourrissons (*Presse médicale*, 1906. n° 3).

STRAUSS. — Dépopulation et puériculture.

EUG. TERRIEN. — Procédé pratique permettant d'apprécier rapidement l'état de croissance d'un jeune enfant (*Médecin-praticien*, 20 novembre 1905).

— Procédé pratique permettant d'établir rapidement les quantités de lait que doit recevoir un nourrisson de développement normal (*Médecin-praticien*, 5 janvier 1906).

TRIBOULET et DELOBEL. — Les œuvres de l'enfance (Paris, 1906).

VARIOT. — Conférence sur l'allaitement maternel (*Revue philanthropique*, 10 décembre 1902).

VOIX. — De l'allaitement mixte (*Th. Paris*, 1903).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. — Introduction 7

II. — La mortalité infantile. 12

1° Considérations générales. 18

2° Causes spécialee. 21

III. — Consultations de nourrissons et gouttes de lait . . . . . .

IV. — Œuvres d'assistance maternelle et infantile. 82

1° Assistance à domicile 84

2° Assistance par hospitalisation 93

— α) *Pendant la grossesse* . . . 93

— β) — *l'accouchement* . . 99

— γ) *Après l'accouchement* . . . 101

V. — Enseignement et vulgarisation de la puériculture 106

VI. — L'inspection des vacheries et la surveillance du lait 111

VII. — Les lois d'assistance et de protection de l'enfance. 115

VIII. — Conclusions. 122

IX. — Bibliographie 127

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.